

Université de Sherbrooke

**Évaluation de l'implantation d'une organisation des services par programme  
dans un centre de réadaptation**

Par  
Sophie Poirier  
Programmes de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de philosophiae doctor Ph.D.  
en sciences cliniques

Sherbrooke, Québec, Canada  
Avril 2018

**Membres du jury d'évaluation**

Astrid Brousselle, professeure, Directrice de thèse, département des sciences de la  
santé communautaire, Université de Sherbrooke  
Line LeBlanc, professeure, évaluatrice externe, département de psychoéducation et  
de psychologie, Université du Québec en Outaouais  
Diane Dubeau, professeure, évaluatrice externe, département de psychoéducation et  
de psychologie, Université du Québec en Outaouais  
Marie-José Durand, professeure, présidente du comité d'évaluation, École de  
réadaptation, Université de Sherbrooke

© Sophie Poirier, 2018

## SOMMAIRE

### **Évaluation de l'implantation d'une organisation des services par programme dans un centre de réadaptation**

Par

Sophie Poirier

Programmes de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de philosophiae doctor (Ph.D.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4.

Introduction: la présente étude concerne l'évaluation de l'implantation d'une structure organisationnelle par programme (OP) dans un centre de réadaptation. Les buts visés par l'établissement étaient 1) de spécialiser les interventions en les centrant sur les besoins de la clientèle, 2) de développer l'expertise du personnel, 3) d'améliorer de façon continue la qualité des services et 4) d'utiliser les données probantes.

Objectif: le principal objectif de ce projet est d'analyser l'implantation de l'OP abordée comme une innovation tout en appuyant son implantation et en engageant les acteurs clés dans le processus évaluatif.

Méthodologie: une démarche par étape, inspirée de *l'Empowerment evaluation* a été utilisée: (1) Appréciation de l'implantation; (2) Analyse des facteurs influençant le processus d'implantation de l'OP; (3) Propositions pour l'amélioration de l'implantation de l'OP. Deux groupes de participants ont été recrutés, soit un groupe d'employés et un groupe d'utilisateurs et de proches.

Résultats: les résultats démontrent une implantation partielle de l'OP, ce qui, selon les écrits sur le sujet, n'est pas inhabituel. Ils mettent en lumière l'absence de certains déterminants favorables à l'implantation réussie d'une innovation, soit: la responsabilisation, la participation et les caractéristiques des individus. Les solutions pour améliorer l'implantation de l'OP impliquaient surtout l'intervention des gestionnaires ou du gouvernement. Les participants voyaient peu leur pouvoir et leur rôle dans la prise de décisions et la recherche de solutions. Discussion: L'organisation par programme est ressortie comme un modèle favorisant le développement de la spécialisation, l'amélioration de la qualité des services et l'intégration des meilleures pratiques. Toutefois, l'étude démontre que la culture de l'établissement présente avant le changement de structure, soit un modèle hiérarchique, prédomine toujours. L'implantation de l'OP semble reposer sur la capacité de changer la culture organisationnelle, ce qui reste un défi.

Mots clés: organisation par programme, évaluation, *empowerment evaluation*, innovation, changement, analyse d'implantation, structure organisationnelle.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>6</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>7</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>8</b>
<b>1-INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
1.1 PROBLÉMATIQUE.....	1
1.1.1 <i>Bref résumé du contexte du CRDITED</i> .....	2
1.2 PERTINENCE DE L'ÉTUDE.....	3
<b>2-RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>5</b>
2.1 L'ORGANISATION PAR PROGRAMME .....	5
2.2 L'ORGANISATION PAR PROGRAMME ABORDÉE COMME UNE INNOVATION .....	9
2.3 CHANGEMENT STRUCTUREL ET INNOVATION .....	12
2.4 LOGIQUE ORGANISATIONNELLE .....	14
2.4.1 <i>Ce que nous retenons de ces concepts</i> .....	16
2.5 L'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL .....	16
2.6 L'IMPLANTATION DE L'ORGANISATION DE SERVICES EN SANTÉ .....	18
2.6.1 <i>En résumé</i> .....	21
2.7 L'EMPOWERMENT EVALUATION (EE) .....	21
2.7.1 <i>Avantages de l'EE</i> .....	26
2.7.2 <i>Limites de l'approche</i> .....	29
2.8 MOTIVATION DU CHOIX POUR CETTE ÉTUDE .....	31
<b>3-CADRE D'ANALYSE .....</b>	<b>34</b>
<b>4-OBJECTIFS .....</b>	<b>36</b>
<b>5-MÉTHODE .....</b>	<b>37</b>
5.1 APPROCHE DE RECHERCHE : L'EMPOWERMENT EVALUATION.....	37
5.2 MÉTHODE DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES.....	38
5.2.1 <i>Analyse documentaire</i> .....	40
5.2.2 <i>Sélection des participants</i> .....	41
5.2.3 <i>Critères d'inclusion</i> .....	41
5.2.4 <i>Critères d'exclusion</i> .....	42
5.2.5 <i>Recrutement des participants</i> .....	42
5.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET CONFIDENTIALITÉ.....	43
<b>6- DÉROULEMENT DES RENCONTRES ET RÉSULTATS.....</b>	<b>45</b>
6.1 RÉSULTATS DE L'ANALYSE DOCUMENTAIRE.....	45
6.2 OBJECTIF 1 : APPRÉCIER L'ATTEINTE DES RÉSULTATS VISÉS PAR L'OP.....	47
6.2.1 <i>Objectif</i> .....	47
6.2.2 <i>Méthodologie</i> .....	47
6.2.2.1 Partage d'information .....	47
6.2.2.2 Collecte de données.....	48
6.2.2.3 Analyse .....	49
6.2.3 <i>Résultats pour l'objectif 1 : Appréciation de l'implantation</i> .....	49
6.2.3.1 Texte synthèse du groupe d'employés : .....	49
6.2.3.2 Texte synthèse du groupe d'utilisateurs et de proches .....	51
6.2.3.3: Résultats des deux groupes combinés pour l'objectif 1 .....	53
6.2.4 <i>Synthèse (objectif 1): apprécier l'atteinte des résultats visés par l'OP</i> .....	53
6.3 OBJECTIF 2 : IDENTIFIER LES OBSTACLES ET FACILITATEURS VÉCUS PAR LES INTERVENANTS, GESTIONNAIRES AINSI QUE LES USAGERS ET PROCHES AU MOMENT DE L'IMPLANTATION DE L'OP .....	54
6.3.1 <i>Objectif</i> .....	54
6.3.2 <i>Méthodologie</i> .....	55
6.3.2.1 Partage d'information .....	55
6.3.2.2 Collecte de données.....	55
6.3.2.3 Analyse .....	57

6.3.3 Résultats pour l'objectif 2 : Analyse des facteurs influençant le processus d'implantation de l'OP .....	58
6.3.3.1 Résultats du groupe d'employés.....	58
6.3.3.3 Résultats du groupe des usagers et des proches.....	62
6.3.3.4 résultats des deux groupes combinés pour l'objectif 2.....	65
6.3.4 Synthèse pour l'objectif 2 : Analyse des facteurs influençant le processus d'implantation de l'OP .....	67
6.4 OBJECTIF 3 : PROPOSER DES PISTES DE SOLUTIONS POUR AMÉLIORER L'IMPLANTATION DE L'OP .....	68
6.4.1 Objectif.....	68
6.4.2 Méthodologie .....	68
6.4.2.1 Partage d'information .....	68
6.4.2.2 Collecte de données.....	68
6.4.2.3 Analyse .....	69
6.4.3 Résultats pour l'objectif 3: propositions pour l'amélioration de l'implantation de l'OP. 69	
6.4.3.1 Résultats du groupe d'employés.....	69
6.4.3.2 Résultats du groupe des usagers et des proches.....	70
6.4.3.2 Résultats des deux groupes combinés pour l'objectif 3.....	71
6.4.4 Synthèse (objectif 3) : proposer des pistes de solutions pour améliorer l'implantation de l'OP.....	73
<b>7-DISCUSSION .....</b>	<b>74</b>
<b>8-CONCLUSION.....</b>	<b>88</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>97</b>
<b>ANNEXE 2.....</b>	<b>98</b>
<b>ANNEXE 3.....</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXE 4.....</b>	<b>103</b>
<b>ANNEXE 5.....</b>	<b>108</b>
<b>ANNEXE 6.....</b>	<b>109</b>

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> Déterminants favorables à l'implantation d'une innovation .....	11
<b>Tableau 2</b> Les 10 principes de l'EE .....	25
<b>Tableau 3</b> Déroulement de l'étude.....	39
<b>Tableau 4</b> Charte représentant l'échantillonnage du groupe des membres du personnel.....	43
<b>Tableau 5</b> Facilitateurs et obstacles priorités par le groupe d'employés .....	59
<b>Tableau 6</b> Score de satisfaction des facilitateurs par le groupe d'employés .....	60
<b>Tableau 7</b> Score des obstacles évalués par le groupe d'employés.....	61
<b>Tableau 8</b> Facilitateurs et obstacles priorités par le groupe d'utilisateurs et de proches.....	63
<b>Tableau 9</b> Score de satisfaction des facilitateurs par le groupe d'utilisateurs et de proches.....	63
<b>Tableau 10</b> Score des obstacles évalués par le groupe d'utilisateurs et de proches .....	64
<b>Tableau 11</b> Classification des obstacles et facilitateurs priorités en fonction du cadre d'analyse pour les 2 groupes .....	66

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> Transition d'une structure fonctionnelle vers une organisation par programme (Continuum de configurations organisationnelles) .....	6
<b>Figure 2</b> Les 5 étapes du processus de diffusion d'une innovation (Rogers, 2003).....	10
<b>Figure 3</b> Recherche et évaluation.....	22
<b>Figure 4</b> Cadre d'analyse pour l'analyse d'implantation d'une organisation par programme .....	34
<b>Figure 5</b> Participants qui inscrivent les obstacles et facilitateurs en vue de l'activité de priorisation .....	56
<b>Figure 6</b> Participants qui évaluent chacun des obstacles et facilitateurs priorités. ....	57

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

CISSMO	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montréal-Ouest
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CRDITEDME	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement de la Montréal-Est
EE	<i>Empowerment evaluation</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OP	Organisation par programme
RLS	Réseaux locaux de services
TRIAGE	Technique de recherche d'information par animation d'un groupe d'experts

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier chaleureusement ma directrice, Mme Astrid Brousselle, qui m'a accompagnée tout au long de cette aventure. Elle a su s'adapter au fait que j'étais au travail à temps plein et qu'il m'était parfois difficile de concilier travail et études. Merci aussi à Dominique Tremblay et Christine Loignon qui ont été les membres de mon comité d'encadrement et qui ont été d'une grande aide également.

Un merci tout spécial à mon employeur, le CISSS de la Montérégie-Ouest (CRDITEME), pour son soutien et son ouverture tout au long de ces années.



## 1-INTRODUCTION

### 1.1 PROBLÉMATIQUE

Les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (CRDITED) ont comme mission d'offrir des services spécialisés de réadaptation à une clientèle présentant soit un trouble du spectre de l'autisme, une déficience intellectuelle ou un retard global de développement. Le mandat inclut les services aux usagers, aux familles et aux proches ainsi qu'aux partenaires du réseau. Depuis 2004, lors de la création des Centres de santé et services sociaux (CSSS) et des Réseaux locaux de services (RLS), par l'adoption de la loi 25, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a donné, à l'ensemble des CRDITED, le mandat d'effectuer une transformation vers une offre de services spécialisés, de 2<sup>e</sup> ligne (MSSS, 2004). Ce contexte exigeait de ces établissements qu'ils ciblent davantage leurs interventions; qu'ils s'assurent que les intervenants qui y travaillent soient formés pour appliquer des pratiques exemplaires auprès des usagers et qu'ils mesurent l'atteinte des objectifs d'intervention auprès de leurs clientèles (MSSS, 2004). Afin d'atteindre ces objectifs, le CRDITED de la Montérégie-Est a fait le choix de changer de structure organisationnelle et d'adopter une organisation de services par programme (OP). Le choix d'aller vers une OP avait comme buts 1) de spécialiser les interventions en les centrant sur les besoins de la clientèle, 2) de développer l'expertise du personnel, 3) d'améliorer de façon continue la qualité des services et 4) d'utiliser les données probantes. La structure par programme visait ainsi à regrouper les intervenants de plusieurs expertises, dans un seul programme, afin qu'ils puissent y développer une spécialisation et une expertise de pointe. La structure organisationnelle était partiellement implantée dans l'établissement au moment de la cueillette de données, c'est-à-dire qu'une portion des programmes seulement, était sous la responsabilité d'un seul chef, les autres programmes étaient sous la responsabilité de plusieurs chefs de programme, qui de leur côté devaient gérer une équipe qui appliquait plusieurs programmes. Il faut noter que des programmes étaient rédigés afin d'encadrer les interventions basées sur les meilleures pratiques. Un calendrier d'évaluation de chaque programme est prévu en vue de soutenir l'amélioration continue des services et de s'ajuster aux nouvelles données probantes issues de la recherche.

Au moment de la réalisation de ce projet de recherche, j'occupais un poste de coordonnatrice de la recherche et du développement de la pratique clinique dans ce centre de réadaptation. J'étais chargée du développement et de l'évaluation des différents programmes et j'ai souhaité faire l'analyse de l'implantation de la nouvelle structure par programme afin d'améliorer la qualité et les effets de cette nouvelle structure organisationnelle. Dans cette étude, le choix a été fait de n'évaluer qu'un seul établissement puisqu'à ma connaissance, le CRDITED de la Montérégie-Est, était au moment de la cueillette de données, le seul établissement au Québec qui avait fait le choix d'aller vers une structure par programme. D'autres établissements utilisaient des programmes comme documents de référence pour encadrer la pratique, mais n'avaient pas nécessairement fait le choix de changer leur structure organisationnelle.

### **1.1.1 Bref résumé du contexte du CRDITED**

Depuis le développement des premiers programmes en 2009, le CRDITEDME a défini ses modalités d'élaboration, d'implantation et d'évaluation des différents programmes. L'organisation a fait en sorte que c'est avec une approche participative que ces trois grandes étapes sont abordées. Les mêmes personnes sont invitées à plusieurs étapes du développement ou de l'implantation des programmes afin de valider les travaux en cours et de soumettre des idées d'amélioration. Ce sont également les personnes qui deviennent des participants actifs au moment de l'évaluation du programme. Cette grande implication vise à la fois l'adoption des innovations définies sous forme de programmes, mais aussi à développer les connaissances de plusieurs représentants des divers acteurs clés. Le mandat donné aux centres de réadaptation de spécialiser leurs services nécessite d'améliorer les connaissances du personnel et de développer une culture de rigueur à tous les niveaux.

En avril 2015, la loi 10 est venue modifier l'organisation des services de santé. Les centres de réadaptation et les CSSS étant maintenant fusionnés, les structures organisationnelles ont été complètement revues. Le CRDITEDME est fusionné au Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSMO) et fait partie de ce qui est maintenant appelé le programme déficience. Il est important de clarifier que la collecte de données a été faite avant l'adoption de la Loi 10 et que pour cette raison il a été choisi de maintenir l'appellation CRDITEDME dans la rédaction de cette thèse.

Les buts poursuivis par le CRDITEDME, exigeaient une transformation en profondeur de la structure d'organisation des services. Aussi, le personnel devait faire de nombreux apprentissages et s'adapter à de nouvelles façons de faire. La structure d'OP est difficile à comprendre et nécessite beaucoup d'efforts de la part des employés, des familles, des usagers et des partenaires. L'évaluation de cette démarche devenait incontournable et un arrimage était nécessaire entre les intérêts des gestionnaires, des intervenants et les besoins des usagers. Le but visé de ce projet de recherche était **d'analyser et d'appuyer l'implantation de l'OP au CRDITEDME, en favorisant la participation active des acteurs clés**. Pour ce faire, une approche évaluative inspirée de *l'Empowerment Evaluation(EE)* a été retenue.

## 1.2 PERTINENCE DE L'ÉTUDE

La présente étude a permis de faire l'analyse de l'implantation d'une structure par programme en évaluant le point de vue des différents acteurs clés, tout en ouvrant un dialogue entre les différents acteurs (gestionnaires, intervenants et usagers). Elle a permis d'appuyer la transformation en cours dans l'établissement évalué, et a contribué à renforcer l'action terrain en fournissant des données contextualisées. Étant donné que peu de connaissances existent sur l'organisation par programme dans le domaine de la santé et un contexte de grands changements organisationnels en santé au Québec, cette recherche a permis de confronter les données issues de la littérature au contexte particulier de notre étude et ainsi mieux comprendre les difficultés vécues dans cette implantation. Ce projet favorise l'ajustement et l'amélioration de l'implantation de cette structure organisationnelle générant de grands changements pour le personnel comme pour la clientèle. Il a aussi permis d'expérimenter une méthode d'évaluation participative permettant d'inclure des usagers avec une déficience intellectuelle.

Au moment de la collecte de données en 2013-2014, le CRDITED offrait des services à environ 3500 usagers par année et comptait sur près de 1000 employés. L'offre de service était définie à l'aide de 7 programmes d'intervention : Les sept programmes étaient : 1) programme pour les enfants de 0-6 ans ayant un retard global de développement ou un trouble du spectre de l'autisme, 2) programme pour les personnes de sept ans et plus ayant

une déficience intellectuelle, 3) programme pour les personnes de sept ans et plus ayant un trouble du spectre de l'autisme, 4) programme logement à soutien gradué, 5) programme intégration au travail, 6) programme résidentiel pour les troubles du comportement, 7) programme pour la clientèle avec déficience sévère ou profonde ou un polyhandicap (ces programmes ont changé suite à la transformation du réseau de la santé en 2015). Ces programmes ont été rédigés et implantés depuis 2009 et la structure organisationnelle était partiellement implantée. Sur les 7 programmes, 5 des 7 programmes avaient des intervenants spécialisés à un seul programme et 4 d'entre eux étaient sous une gouverne unique. Pour les autres programmes, les intervenants devaient appliquer plusieurs programmes auprès de leur clientèle variée et ces programmes étaient sous la gouverne de plusieurs gestionnaires en fonction des territoires. Par exemple, les programmes pour les clientèles DI et TSA de 7 ans et plus, qui représentaient le plus grand volume de services, étaient gérés par des cadres qui étaient attirés à des territoires ou points de service. Tandis que le programme pour les enfants de 0-6 ans, était sous la gouverne d'un seul chef qui était responsable d'une équipe dédiée et ils couvraient l'ensemble du territoire de la Montérégie est.

## 2-RECENSION DES ÉCRITS

La présente recension des écrits illustrera d'abord le concept d'organisation par programme. Elle présentera comment l'évolution d'une structure organisationnelle traditionnelle, appelée structure fonctionnelle, vers une organisation par programme constitue un changement majeur dans une organisation. C'est pourquoi, en plus d'une recension sur l'organisation par programme, il a été choisi de consulter les écrits sur le changement et les innovations. Cette partie de recension a, quant à elle, conduit à s'intéresser à certains concepts associés aux changements dans les structures organisationnelles, soit les logiques organisationnelles, l'organisation apprenante et l'implantation d'une nouvelle organisation de services. Enfin, il est intégré à cette section une recension sur l'*empowerment evaluation*, puisque ce modèle d'évaluation est utilisé comme devis de recherche, mais a aussi un rôle important dans l'objectif de ce projet.

### 2.1 L'ORGANISATION PAR PROGRAMME

Dans la littérature sur la structuration des établissements en santé, trois modèles d'organisation ressortent, soit les suivants : *functional design* (modèle fonctionnel), *matrix design* (modèle matriciel) et *product-line design* (ou *program design*) (Shortell et Kaluzny, 2006). Le modèle fonctionnel est un modèle classique, hiérarchique et organisé à partir des fonctions. Par exemple, dans un centre hospitalier, l'organisation des services est faite en lien avec les corps d'emploi (Young, Charns, Herner, 2004). Pour le modèle matriciel, il s'agit d'une structure qui est caractérisée par un système à double autorité (Allcorn, 1990, Shortell et Kaluzny, 2006). Il s'agit de l'intégration de deux modèles, le modèle fonctionnel et le *product-line design (program design)*. C'est le *product-line (program design)* qui s'assimile le plus à l'OP conceptualisé au CRDITEDME. Comme l'OP est le modèle concerné dans notre étude, il sera vu plus en profondeur.

Le *product-line* ou organisation par programme (OP) est un modèle pour lequel il y a de multiples définitions et l'appellation est utilisée par des entreprises ayant des approches tout à fait différentes (Zelman et Parham, 1990). Selon Yano-Fong (1988), l'OP a été développée en 1928 par l'entreprise Procter and Gamble. Durant les années 1960, environ 84% des entreprises avaient adopté ce modèle (Bowers et Taylor, 1990). En santé, elle



matricielle, jusqu'au dernier niveau signifiant l'implantation du modèle pur de l'OP. Il semble que le niveau 9 qui représente le modèle pur de l'OP soit difficile à atteindre. Parker *et coll.* (2001) soulignent d'ailleurs, dans leur étude auprès de 14 établissements de santé, n'avoir pas trouvé d'établissement ayant implanté le niveau 9 du continuum. Cette difficulté d'implantation est mentionnée dans plus d'une étude (Bowers et Taylor, 1990; Clancy, 2002). Selon l'origine du modèle, l'OP devrait inclure, sous la responsabilité d'un chef, l'ensemble des fonctions cliniques et administratives pour offrir les meilleurs services aux patients.

Le modèle de l'OP favoriserait la spécialisation des services par le regroupement selon les besoins de la clientèle, l'efficacité et le développement de l'expertise des intervenants auprès de certaines catégories de patients (Eastaught, 2011, Nasrabad, 2016). L'OP permettrait aux gestionnaires et cliniciens de porter particulièrement attention aux besoins de la clientèle et de tenter d'y répondre (Char, 1997, Nasrabad, 2016). Enfin, l'OP faciliterait l'efficacité dans les relations au travail et la flexibilité à travers les professions grâce au travail en interdisciplinarité et à l'aspect participatif au niveau de la gestion (Parker *et al.*, 2001).

L'implantation de l'OP est un important défi pour les établissements, et les dirigeants font face à de nombreuses barrières à contourner. L'étude de Bowers et Taylor (1990) en identifie deux catégories. D'abord il y a les barrières traditionnelles : les résistances au changement. Comme deuxième catégorie, ce sont des barrières opérationnelles : le niveau d'autorité que devrait avoir le chef de programme, les coûts reliés à l'implantation d'une telle structure et le manque de cadres intermédiaires avec les compétences de gestion nécessaires à la suite de l'ajout de responsabilités. Une étude sur l'implantation de l'OP dans les établissements de services de première ligne et de santé mentale démontrerait une période de perturbation au début et peu d'évidence d'amélioration à plus long terme (Byrne *et al.*, 2004).

Au niveau des conditions gagnantes facilitant l'implantation de l'OP, l'étude de Guo et Anderson (2005) mentionne, que l'OP entraîne des changements importants et nécessite les conditions suivantes : 1) le leadership du chef de programme est essentiel lors d'une transformation. Il doit accepter que les membres de l'équipe partagent les risques, les

pouvoirs de décision et contribuent à l'avancement des connaissances et à l'atteinte des objectifs (ce n'est plus un modèle hiérarchique traditionnel *top-down*); 2) l'*empowerment* permet au personnel d'être plus impliqué et responsable des processus de prise de décisions; 3) le partenariat élimine les frontières entre les départements ou entre les différents titres d'emploi; 4) la responsabilisation est en lien avec les objectifs et la qualité des services. Le chef de programme et les employés travaillent ensemble à la résolution de problèmes. Ces conditions gagnantes doivent également être associées aux quatre compétences essentielles pour les chefs de programmes : 1) *conceptualisation* : c'est-à-dire voir le problème dans son ensemble; 2) *participation* : le chef de programme doit permettre que son équipe participe à la prise de décisions, il doit favoriser l'*empowerment*; 3) *compétences relationnelles* : ce qui signifie que le chef de programme doit être un bon communicateur et être sensible au vécu de ses employés; 4) *leadership* : un bon chef de programme doit avoir de bonnes compétences techniques et être crédible aux yeux de ses employés (Guo et Anderson, 2005, Nasrabad, 2016). Ces conditions gagnantes associées aux compétences essentielles pour les chefs de programme, ce sont les éléments centraux du succès de l'implantation de l'OP (Guo et Anderson, 2005). Une étude intéressante sur l'implantation de l'OP a été effectuée au Québec et démontre un impact positif au niveau de l'amélioration de la pratique des professionnels et une satisfaction pour la clientèle (Lavoie-Tremblay et al. 2010). Cette étude évaluait l'implantation d'une structure par programme à la clinique externe de psychiatrie du centre hospitalier universitaire de McGill et à l'hôpital Louis H.-Lafontaine. Elle s'appuyait sur un devis d'étude de cas multiples avec unités imbriquées. Les participants comprenaient les employés ainsi que la clientèle de ces établissements.

De la littérature sur l'OP, deux éléments ressortent tout particulièrement. Premièrement, on identifie l'importance de la présence de leaders ayant des forces au niveau tant clinique qu'administratif. La littérature récente souligne l'effet levier de gestion en dyade, soit un médecin et un gestionnaire administratif. Ce mode de gestion est présenté comme une méthode efficace pour faciliter l'implantation de l'OP dans des contextes d'expansion géographique (Buell, 2017; Zismer et Schuh, 2016). Toutefois, puisque dans le contexte de la présente étude aucun médecin n'est impliqué, ce mode de gestion ne s'applique pas. Deuxièmement, la littérature met de l'avant le fait que l'OP présente des défis



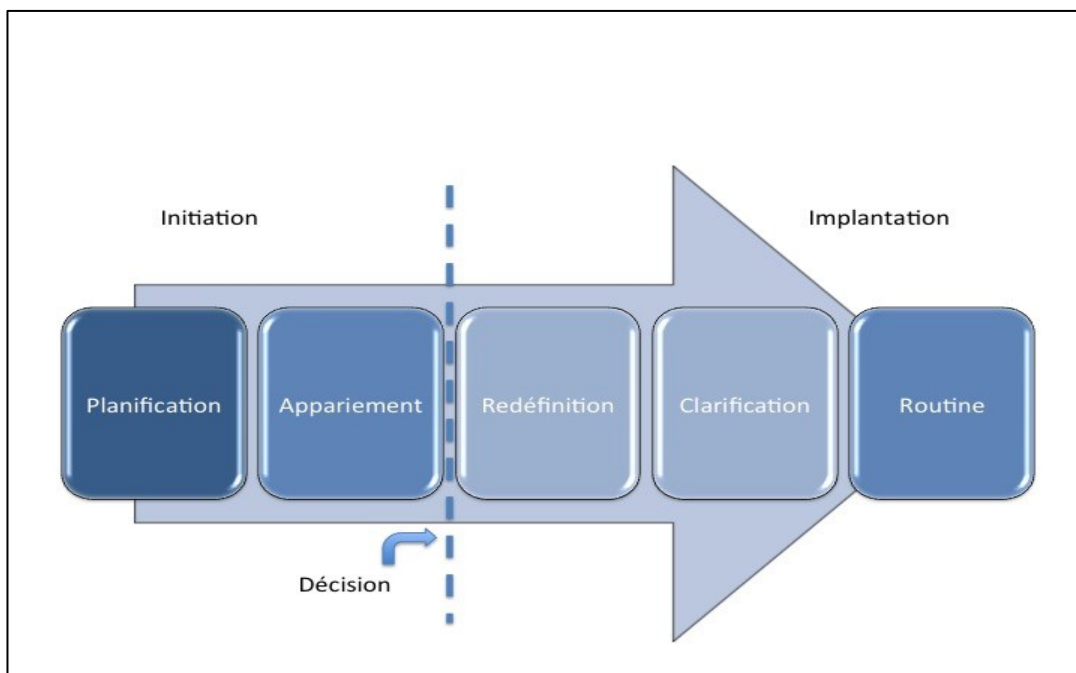
importants au niveau de son implantation, tels que les barrières reliées à la résistance au changement et les défis de trouver les gestionnaires avec les compétences nécessaires pour implanter un changement de culture de gestion: passer d'une gestion hiérarchique à une gestion participative (Bowers et Taylor 1990).

## 2.2 L'ORGANISATION PAR PROGRAMME ABORDÉE COMME UNE INNOVATION

Une innovation est définie comme: *«de nouveaux comportements, routines et façons de travailler qui sont utilisés afin d'améliorer les résultats en santé, l'efficience administrative, le coût efficacité, ou l'expérience des utilisateurs; l'innovation est implantée à partir d'actions coordonnées et planifiées »* (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, Kyriakidou, 2004, traduction libre p. 581). L'implantation d'une nouvelle OP étant d'une grande complexité et présentant des défis importants pour le personnel de l'établissement, ces constats ont conduit à s'intéresser à la diffusion et l'implantation des innovations. Selon cette définition, on considère que l'organisation des services par programme au CRDITEDME est une innovation. Plusieurs éléments influencent la diffusion d'une innovation. La figure 2 illustre les cinq étapes du processus de diffusion d'une innovation défini par Rogers (2003). Deux étapes font partie d'une phase d'initiation, c'est-à-dire qu'elles surviennent avant de décider de retenir l'innovation, il s'agit de la planification et l'appariement. À la suite de la prise de décision, on retrouve alors les trois étapes subséquentes d'implantation : la redéfinition, la clarification et la routine. Le présent projet se situe après la décision de réorganiser la structure d'offre de service, c'est pourquoi il a été choisi de procéder à l'analyse de l'implantation en vue d'un ajustement.

**Figure 2**

Les 5 étapes du processus de diffusion d'une innovation (Rogers, 2003)



Une importante étude faite par Greenhalgh et coll. (2004) sur la diffusion d'une innovation dans le domaine de la santé, reprend la plupart de ces concepts. Cette revue systématique des écrits sur le sujet est très pertinente pour le présent projet, et elle présente de bonnes qualités scientifiques. À partir d'une démarche utilisant les techniques de la synthèse méta-narrative, les auteurs ont identifié 1 024 articles ou chapitres de livres et le texte final s'appuie sur 495 sources. De cette analyse, ils ont construit un modèle théorique qui reprend l'ensemble des concepts qui ressortent dans leur revue systématique. Au niveau du processus de l'innovation, ils distinguent quatre étapes différentes: la diffusion (diffusion passive), la dissémination (diffusion active), l'implantation (des efforts planifiés afin que l'innovation soit utilisée de façon dominante) et la durabilité (faire en sorte qu'elle soit intégrée dans la routine). Plusieurs facteurs favorisant l'adoption d'une innovation ont également une influence sur la bonne implantation (Greenhalgh et *al.* 2004). Afin de résumer ces différents facteurs, le tableau suivant (tableau 1) reprend les points majeurs du schéma synthèse développé dans l'article de Greenhalgh et *coll.* (2004)

**Tableau 1**  
**Déterminants favorables à l'implantation d'une innovation**

L'innovation	Les différents facteurs liés à l'innovation sont le fait qu'elle représente un avantage relatif, qu'elle soit adaptable, qu'elle soit compatible avec le milieu et peu complexe. Il est aussi important qu'il y ait possibilité de faire un projet pilote, que les bénéfices soient observables et qu'elle puisse être adaptée au milieu. D'autres facteurs sont la souplesse de l'innovation, le fait qu'elle ne soit pas trop risquée, qu'elle permette d'améliorer la performance, qu'elle ne demande pas trop de nouvelles compétences pour l'utiliser et enfin qu'il y ait du soutien disponible pour son implantation par exemple du soutien technique.
Communication et influence	Au niveau de la communication, plusieurs facteurs sont identifiés allant de la diffusion simple (informelle) à la dissémination (formelle et structurée). Les facteurs inclus dans ce continuum sont : les réseaux sociaux, l'adoption par les pairs, le marketing, l'opinion d'experts, la présence de champions, les personnes qui permettent la diffusion de l'innovation à l'extérieur de l'organisation et des agents de changement.
Le contexte externe	Le contexte externe concerne la recherche d'autres organisations similaires ayant adopté l'innovation. S'il y a possibilité de réseautage pour le partage d'idées et de connaissances.  Il va aussi être étudié si l'environnement est stable et si des directives politiques sont à l'origine de l'innovation.
Antécédents organisationnels face aux innovations	<b>La structure</b> : les facteurs influençant positivement l'adoption de l'innovation sont, la taille des organisations, leur maturité, le fait qu'ils soient organisés en différents départements ou unités, spécialisées, centrées sur les connaissances professionnelles, avec les ressources nécessaires à l'implantation des innovations, et enfin où il y a décentralisation de la prise de décisions.  <b>La capacité d'absorption de l'innovation</b> : le personnel a les connaissances de base déjà acquises, il a la capacité de trouver, interpréter, remodifier, et intégrer les nouvelles connaissances. Il utilise les diverses modalités d'échange de connaissances via internet et autres réseaux sociaux externes.  <b>Contexte réceptif au changement</b> : les facteurs favorisant l'identification d'un contexte réceptif au changement sont la présence de leadership et d'une vision organisationnelle, de bonnes relations de gestion, prise de risques, objectifs et priorités claires, grande qualité dans les saisies de données.
Le système est prêt pour l'innovation	S'il y a une tension actuelle, le système sera davantage prêt à un changement si l'innovation est compatible avec les valeurs et les façons de faire de l'organisation; si les conditions et les effets de l'implantation d'une innovation sont bien évalués et anticipés; si les supporteurs de l'innovation sont plus nombreux et mieux positionnés que les opposants; si les ressources et le temps nécessaires sont alloués, enfin, si l'organisation a la capacité d'évaluer l'innovation.
Les utilisateurs	L'innovation répond aux besoins des utilisateurs, à leurs valeurs, à leurs objectifs. Ils ont la motivation, les compétences, la capacité d'apprendre et le réseau social nécessaires.
Assimilation	L'innovation nécessite un processus simple et linéaire et qui n'est pas trop rigide, permettant de l'adapter.

Processus d'implantation	Les facteurs favorables en lien avec le processus d'implantation font référence à l'élaboration d'un plan d'implantation, au suivi et à l'évaluation des progrès de l'implantation. Il est favorable que les décisions soient prises par les intervenants terrain et les dirigeants les accompagnent dans le processus. Les enjeux de ressources humaines doivent être considérés, comme par exemple prévoir la formation nécessaire. Il y a des ressources dédiées à la gestion de ce projet. Enfin, la communication interne comme externe doit être présente et efficace.
Liens	<p><b>Stade de développement</b> : Une innovation a plus de chance d'être adoptée si elle est développée avec les utilisateurs.</p> <p><b>Stade d'implantation</b> : Il y a présence d'une gestion de projet, de communications et informations, centré sur les utilisateurs, possibilité de soutien technique.</p>

(Greenhalgh et al., 2004, traduction libre p. 594-613)

Il a été présenté dans la présente recension des écrits les caractéristiques de l'OP, ce qui est considéré comme une innovation, les défis face à son implantation et les avantages qu'elle peut apporter en lien avec la spécialisation des services de santé.

### 2.3 CHANGEMENT STRUCTUREL ET INNOVATION

Le changement structurel est un concept très difficile à définir. D'une étude à l'autre, le concept de changement diffère et souvent on ne parle que de changement et non de changement structurel. Bien qu'aucune définition spécifique pour le changement structurel n'ait été trouvée, plusieurs éléments peuvent contribuer à le définir. Poole et Van de Ven (2004) définissent ainsi le changement: « *Le changement est au cœur des phénomènes organisationnels importants comme les carrières individuelles, le travail d'équipe, l'élaboration de stratégies organisationnelles et la croissance ou le déclin des industries* » et définissent le changement organisationnel comme: « *une différence de la forme, de la qualité ou de l'état à travers le temps dans une entité organisationnelle* » (Poole et Van de Ven, 2004, p. Xi traduction libre). Pour la structure, ils la présentent comme la façon dont sont organisés les liens entre les différentes parties d'un établissement, visant à former un tout et présentant une certaine complexité. Dans les années 1960-1970, la structure organisationnelle était dessinée consciemment et était responsable de l'efficacité de l'organisation. Dans les années 1980-1990, au contraire, la structure organisationnelle était vue comme le produit d'un processus social. Elle n'était plus centrale, mais un instrument pour l'atteinte de l'efficacité (Poole et Van de Ven, 2004).

Champagne (2002) mentionne que le changement est vaste et flou et que malgré l'abondance de littérature sur le sujet, nous sommes loin d'une vision commune :

*« Le changement peut être considéré comme un concept générique associé à des concepts plus spécifiques telles l'innovation, la transformation ou la réforme, qu'on peut vouloir distinguer ou non selon les circonstances. En termes d'implantation, nous croyons qu'il s'agit véritablement de variations sur le même thème que nous considèrerons sans distinction »* (Champagne, 2002, p.8). Il définit le changement en ces termes : *« Le changement évoque l'idée d'une modification circonscrite dans le temps et l'espace, d'un ou de plusieurs paramètres organisationnels. Il peut aussi être l'introduction d'une idée ou d'un comportement nouveau pour l'organisation, selon la théorie de l'innovation »* (Champagne, 2002, p.8).

Shortell et Kaluzni, (2006) définissent le changement ainsi: *“a broader concept that deals with any modification in organizational composition, structure or behavior, new or not new to the organization”* et l'innovation par: *«the process by which an organization puts a technology or practice to use for the first time»* (Shortell et Kaluzny, 2006, p.392). Selon eux, l'innovation est un concept des mieux étudié dans le domaine de la gestion. L'innovation peut être divisée en deux catégories, techniques et administratives. Dans cette dernière catégorie, les auteurs incluent les structures organisationnelles comme l'organisation par programme et l'approche centrée client. Ils se distancent également de la définition de Poole et Van de Ven (2004) qui voient l'innovation à petite échelle. Pour les établissements de santé, les stratégies liées au changement sont souvent associées à des innovations, car elles demandent d'adopter de nouvelles idées et de nouvelles façons de faire. Pour qu'une implantation ou une innovation soit un succès, cela demande autant d'adaptation de la part de l'organisation que de l'innovation elle-même.

Enfin pour Bonami (1998), le changement est fortement lié à l'innovation, c'est-à-dire que lorsqu'il y a innovation, il en résulte alors un changement. Ils font également référence à la nouveauté d'une intervention ou d'un processus en lien avec le concept d'innovation.

Pour la présente étude, la définition de l'innovation choisie est: « *De nouveaux comportements, routines et façon de travailler qui sont utilisés afin d'améliorer les résultats en santé, l'efficience administrative, le coût efficacité, ou l'expérience des utilisateurs; l'innovation est implantée à partir d'actions coordonnées et planifiées* » (Greenhalgh, et al., 2004, traduction libre p. 581).

## 2.4 LOGIQUE ORGANISATIONNELLE

L'ouvrage de Poole et Van de Ven (2004) explore en profondeur le concept de logique organisationnelle. La logique organisationnelle guide le développement de la structure, elle fait partie des structures et des fondations de la stratégie organisationnelle. Il est souvent question de logique dominante. Lorsque la logique dominante d'une organisation ne fonctionne plus, il faut alors reconstruire une nouvelle logique et ainsi créer un changement structurel. Le changement structurel peut être vu selon trois perspectives différentes. La première est l'établissement d'une logique, c'est-à-dire comment le changement s'opère lors de la création d'une logique. La seconde perspective est lorsque le changement survient par suite d'un bris de la logique précédente, cela sous-entend que l'organisation avait déjà une logique, mais que celle-ci ne fonctionne plus et doit générer un changement. Enfin, la troisième perspective est lorsque le changement est vu comme une logique d'anticipation, on fait ici référence à l'organisation apprenante qui est alors perçue comme une solution très intéressante. Cependant, elle ne peut que fonctionner dans un type d'organisation avec une structure organisationnelle pouvant être adaptée. Elle risque d'avoir comme désavantage de générer beaucoup d'absentéisme pour les employés qui ont trop d'adaptation à faire. Une autre définition de la logique organisationnelle est : « *A mindset or a world view or conceptualization of the business* » (Spicer et Sewell, 2010, p.916). Pour Bouwen et Fry (1993), la logique organisationnelle s'articule ainsi : « *La logique organisationnelle est composée des pratiques de gestion, des compétences particulières qu'exercent les acteurs clés, des expériences passées conservées dans l'organisation et dans les modèles cognitifs employés pour définir les problèmes d'une manière spécifique* » (Bouwen et Fry, 1993, p.3).

Lorsqu'il y a innovation, il y a une confrontation inévitable entre la logique ancienne et la nouvelle. Les auteurs présentent quatre stratégies d'action visant à composer avec cette

confrontation des logiques. Ces stratégies d'action, aussi appelées trajectoires d'innovation, peuvent être comparées à partir des facteurs suivants : le rôle du chef, les caractéristiques du processus, les critères de prise de décision, la tension principale dans le processus, les critères d'efficacité, les séquences des modèles d'action, les conditions et l'effet sur l'apprentissage organisationnel (Bouwen et Fry, 1993).

Leurs quatre stratégies d'action sont brièvement présentées ici. D'abord, le modèle du pouvoir est une stratégie qui est très hiérarchique, l'idée de l'innovation provient de la haute direction et cette dernière dirigera par la suite le processus d'implantation. Le modèle de la vente fait référence à une idée d'innovation provenant du dirigeant, qu'il met en œuvre avec la participation du personnel. Le dirigeant reste l'expert de l'idée, mais travaille en collaboration afin de faire accepter cette innovation. La troisième stratégie, le modèle de l'expert, implique un responsable de projet qui apporte l'idée à la suite de l'analyse du problème, mais il travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs impliqués dans l'entreprise. Il joue un rôle d'instructeur et les décisions sont prises par les acteurs impliqués. Enfin, le dernier modèle, soit l'apprentissage confrontation, qui s'apparente à l'apprentissage organisationnel, implique l'ensemble des acteurs pour l'identification de l'idée, et repose sur des échanges tout au long du processus de développement et d'implantation de l'innovation. Ces quatre stratégies servent à faire face aux tensions provoquées par le passage de la logique dominante à la logique nouvelle. Dans leur étude, les auteurs affirment que pour retirer un apprentissage à long terme de l'innovation, il est nécessaire d'utiliser les stratégies de l'organisation apprenante (Bouwen et Fry, 1993).

Pour faire place à la nouvelle logique, la logique dominante doit également être désapprise. Plus la logique dominante était en place depuis longtemps, plus ce sera difficile de la désapprendre et d'intégrer la nouvelle logique. Une organisation arrive à désapprendre lorsque le changement est suffisamment important et éloigné de l'équilibre initial. Ainsi, si le changement est trop petit et que la logique dominante est toujours valide, l'organisation va retourner à ses vieilles habitudes (Bettis et Prahalad, 1995).

### 2.4.1 Ce que nous retenons de ces concepts

Les écrits sur le changement et l'innovation reflètent la complexité d'instaurer des changements ou d'implanter des innovations dans les établissements de santé. Il y aurait en effet plus de 50% des changements qui se soldent par un échec (Champagne, 2002). Ceci démontre l'importance de continuer les études à ce niveau et de faire d'importants efforts pour bien comprendre les obstacles et les facilitateurs.

Ce qui est à retenir principalement, c'est qu'il y a un début de consensus au niveau de la définition de l'innovation à l'effet qu'elle représente une intervention nouvelle. Certains auteurs voient que l'innovation est plus simple et plus petite, tandis que d'autres voient que l'innovation peut inclure également des nouveautés au niveau d'une structure organisationnelle. Le choix a été fait, à la lecture de l'ensemble de ces textes concernant l'innovation et le changement, d'adopter la position de Champagne (2002) et d'inclure l'innovation dans le changement et de les voir comme des concepts inter reliés. D'ailleurs, plusieurs auteurs, tels Poole et Van de Ven (2004), définissent distinctement les deux concepts et mettent en lumière la relation entre les deux. Toutefois, ils présentent des stratégies de gestion du changement et d'implantation d'innovation qui sont communes à ces deux concepts. Il est intéressant de retenir donc que l'innovation génère un changement et que celui-ci peut être facilité par le développement de l'apprentissage organisationnel qui sera présenté dans la prochaine section de cette étude. Aussi, la logique organisationnelle peut aider à analyser et comprendre comment le changement est ou sera vécu dans une organisation. La logique organisationnelle aidera également à faire une meilleure planification du changement ou de l'implantation de l'innovation. Dans tous les cas, une des stratégies qui ressort comme étant aidante à l'implantation d'un changement ou l'adoption d'une innovation est l'apprentissage organisationnel.

## 2.5 L'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL

Plusieurs écrits mentionnent l'apprentissage organisationnel comme étant une stratégie efficace pour implanter des innovations dans les établissements, et ce peu importe l'ampleur des changements. Il y a plusieurs dénominations dans la littérature, l'organisation apprenante ou l'apprentissage organisationnel sont deux termes utilisés pour parler de la même stratégie qui permet d'implanter les innovations. L'organisation apprenante est



caractérisée par le fait qu'elle permet des améliorations continues par le développement et le renforcement des capacités du personnel afin d'être en mesure d'intégrer de nouvelles façons de faire ou de nouvelles technologies (Calhoun et Lu Stanton, 1995). La clé du succès pour devenir une organisation apprenante se résumerait pour ces auteurs en cinq caractéristiques que les organisations devraient avoir: 1) la présence d'un leader avec une vision clairement définie; 2) un plan d'action détaillé et mesurable; 3) la capacité de faire un partage rapide de l'information; 4) être innovateur et 5) la capacité d'implanter ses innovations. Selon Champagne (2002), l'apprentissage organisationnel consiste à mettre en place un processus d'apprentissage collectif tout en ayant la possibilité d'expérimenter de nouvelles façons de faire et d'accepter l'essai et l'erreur. Le changement concerne tout le monde. Le chef a la responsabilité de stimuler et d'encourager les initiatives d'innovation (Champagne, 2002). L'organisation apprenante peut aussi être perçue comme une organisation où l'innovation et le changement font partie des activités de tous les jours, devenant aussi des données pour les apprentissages futurs (Shortell et Kaluzny, 2006).

Dans son étude, Champagne (2002) s'est penché particulièrement sur les changements dans les établissements de santé. Il ressort de ses travaux qu'il y a trois types d'échecs possibles aux changements : l'échec de décision qui fait référence au fait que malgré le besoin présent, la décision du changement n'est pas présente; l'échec d'implantation qui illustre que malgré le fait qu'une décision de changement est prise, elle n'a pas mené à l'implantation de celui-ci; et l'échec de la théorie de l'intervention, c'est-à-dire que le changement n'a pas produit les effets escomptés. Il définit aussi une dizaine de stratégies de gestion du changement, dont celle de l'apprentissage organisationnel. Le modèle de l'apprentissage organisationnel est un de ceux qui se démarquent dans la littérature scientifique. Il semble plus prometteur. C'est aussi un des constats dans le livre de Poole et Van de Ven (2004) en lien avec l'apprentissage organisationnel. Pour réduire les risques d'échecs d'implantation, il est recommandé d'impliquer les employés et de valoriser l'apprentissage. Il est suggéré de mettre en place des structures flexibles intégrées et complexes. Enfin, il est souhaitable de transformer le rôle du gestionnaire en facilitateur (Champagne, 2002). Le succès pour les établissements de santé passe par l'organisation apprenante. Là où il y a une organisation apprenante, l'innovation et le changement sont

présents au quotidien. « *Les chefs doivent enseigner aux organisations à apprendre plutôt qu'à savoir* » (Shortell et Kaluzny, 2006, traduction libre, p.388).

## 2.6 L'IMPLANTATION DE L'ORGANISATION DE SERVICES EN SANTÉ

Des écrits recensés, quatre études sur l'implantation d'innovations au niveau de l'organisation des services en santé ont été retenues. Les résultats de ces études sont utiles pour faire le lien entre les différents concepts présentés ici et le présent projet de recherche. Une brève présentation des résultats de chaque étude sera effectuée, afin par la suite de faire le lien avec le présent projet de recherche.

La première étude avait pour but d'identifier les facteurs clés influençant l'implantation d'une innovation selon la théorie de l'implantation dans des services de première ligne en Suède (Calfjord, Lindberg, Bendtsen, Nilsen, et Andersson, 2010). L'étude a impliqué des intervenants de 6 unités de soins primaires en Suède où une nouvelle technologie a été implantée à l'aide de deux stratégies d'implantation différentes. Pour la cueillette de données, 16 groupes de discussions ont eu lieu ainsi que deux entrevues individuelles. L'analyse effectuée visait à identifier les différents facteurs influençant l'implantation. Les auteurs identifient comme facteurs facilitants: a) les attentes positives face à l'innovation, b) la compatibilité avec le milieu et c) les avantages perçus par les intervenants. Une stratégie d'implantation bien définie et une opinion favorable pour le changement sont aussi des facteurs influençant l'adoption de l'innovation. Les obstacles identifiés sont liés au manque de personnel et à l'importance des changements dans l'organisation. L'anticipation de l'innovation s'est avérée plus importante que l'implication des intervenants au niveau du développement des stratégies d'implantation. Bien que les intervenants aient pu participer au développement de la stratégie, ils n'ont pas senti qu'ils avaient de l'influence sur le déroulement du projet.

La deuxième étude est pour sa part une étude de cas qualitative ayant pour but d'évaluer les facteurs favorisant l'implantation d'un nouveau modèle de dispensation de services en santé mentale dans un établissement du nord de l'Angleterre (Kaner, Steven, Cassidy, et Vardy, 2003). La collecte de données s'est faite par des entrevues de fond, auprès de 25 intervenants du domaine de la santé mentale et du domaine social, visant à connaître

leurs perceptions face au modèle de dispensation de services et à son implantation. En ce qui concerne les résultats, l'étude a fait ressortir des difficultés attribuées au type hiérarchique dans la prise de décisions pour les implantations de nouvelles façons de faire. La communication indirecte (par écrit) afin d'expliquer les changements n'est pas suffisante et il est nécessaire d'avoir un plan d'implantation bien défini, surtout pour les changements complexes. Les auteurs rapportent également que la diffusion de l'information est rarement suffisante pour conduire à des changements de comportements de la part du personnel. Aussi, il est important de connaître la perspective de chaque acteur avant d'entreprendre un changement. Enfin, la nature de l'intervention à mettre en place doit pouvoir être personnalisée par le milieu et une approche de consultation est nécessaire.

L'étude suivante concerne l'implantation de services de soins de la douleur aiguë recommandée par une politique gouvernementale du Royaume-Uni (Powell, Davies, Bannister, et Macrae, 2009). Il s'agissait d'une étude qualitative faite à partir d'entrevues semi-structurées auprès de 71 gestionnaires et intervenants de la santé œuvrant dans trois services de soins pour la douleur aiguë. Les verbatim des entrevues ont été analysés avec de la documentation locale de chacun des sites (guides, protocoles...). L'objectif était d'explorer les différentes difficultés vécues à la suite de l'implantation de la nouvelle politique gouvernementale. Ils ont identifié l'importance de bien étudier le contexte de l'établissement avant d'entreprendre l'implantation. Si le contexte organisationnel ne soutient pas le changement, malgré l'ajout de ressources, de modifications structurelles et des directives officielles, l'implantation risque de ne pas fonctionner comme prévu. Aussi, les possibilités d'une bonne implantation faiblissent si les intervenants ne sont pas en accord avec le changement.

Enfin, pour quatrième article, il s'agit de l'étude ayant le plus de similitudes avec le présent projet. C'est une étude faite au Québec en lien avec l'implantation d'un nouveau modèle de services dans un centre de réadaptation pour les enfants de la région de l'Estrie (Camden, Swaine, Tétreault et Carrière, 2011). L'étude visait à identifier les obstacles et facilitateurs vécus lors d'une réorganisation de services et comment ils ont influencé le changement durant l'implantation de l'innovation. Cette étude faisait partie d'un projet plus

large qui utilisait un devis participatif de recherche-action avec méthode mixte. La collecte de données s'est faite à partir de quatre sources. Des questionnaires SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities and threats*) ont été complétés par près de l'ensemble des intervenants et gestionnaires une fois par année sur les trois années de la durée du projet. Au total, 139 questionnaires ont été analysés. Ensuite, 13 entrevues téléphoniques ont été conduites d'une durée de 30 minutes à trois heures. Des groupes de discussion d'une durée de deux heures ont été réalisés auprès de 19 intervenants. Enfin, des activités d'observation participante ont été conduites par une chercheuse qui participait aux rencontres de comité d'organisation durant les trois années. Les facilitateurs identifiés sont: les acteurs, la structure du programme et le processus de gestion du changement. Ils ont fait le portrait initial de l'établissement et, en cours de route, quelques facilitateurs sont devenus des barrières. L'analyse des facilitateurs et des barrières aide à mieux comprendre le processus de changement, mais cela ne suffit pas. Des actions concrètes doivent impérativement suivre. Les auteurs identifient cinq recommandations issues des résultats de leur étude : 1) explorer et intervenir sur les facteurs pouvant influencer l'implantation de l'innovation; 2) réviser et remettre en question l'ensemble des composantes du programme que l'on veut changer; 3) partager le rôle de leader; 4) faire la distinction entre action, intention et conséquences; 5) être attentif aux interactions entre les différentes composantes du programme.

À la lecture des conclusions de ces quatre études, il ressort que l'étude de Camden et *al.*, (2011) conclut qu'il est important, au-delà de l'analyse d'implantation, qu'un plan d'action, visant à améliorer les stratégies d'implantation et à régler certaines situations problématiques, soit identifié. L'étude de Kaner et *al.*, (2003) abonde dans le même sens en appuyant l'importance de procéder à des consultations auprès du personnel. Dans le présent projet, l'approche d'évaluation choisie, l'*empowerment evaluation*, permettait non seulement de consulter le personnel, mais d'aller encore plus loin en recueillant le point de vue de la clientèle et en l'associant au processus même d'évaluation.

L'implication de la clientèle est absente des quatre études recensées. Le présent projet de recherche se distingue des autres en ce sens. Impliquer la clientèle visait à permettre l'amélioration de l'implantation de l'organisation par programme.

L'étude du contexte de l'établissement avant d'entreprendre le changement est recommandée dans l'article de Powell et *al.*, (2009). Ce qui est entendu par étude du contexte est l'étude de la logique organisationnelle. Par exemple, il est nécessaire de bien comprendre les pratiques de gestion dans l'établissement, les compétences nécessaires pour dispenser les services et les compétences présentes à l'heure actuelle. Sans oublier les expériences passées conservées en mémoire dans l'organisation. Au CRDITEDME, la culture de prise en charge et les difficultés vécues par le personnel lors de grandes restructurations, à la suite de la désinstitutionalisation ou aux nombreuses fusions d'établissements, sont des expériences passées toujours fraîches en mémoire. L'étude préalable des logiques organisationnelles permettrait aux établissements de santé de mieux planifier le changement et de préparer le personnel face aux importantes modifications organisationnelles imposées.

### 2.6.1 En résumé

En résumé, ce qui est pertinent de retenir des trois concepts étudiés. L'innovation fait référence à un processus, à une intervention ou à une technologie nouvelle pour l'établissement. Lorsqu'elle est implantée, l'innovation génère un changement dans l'organisation. S'il est suffisamment important, ce changement peut affecter la structure organisationnelle et faire en sorte que la logique dominante qui était présente ne soit plus efficace. Par conséquent, une nouvelle logique devra être développée afin que l'implantation soit réussie. Pour le développement de cette nouvelle logique, il sera nécessaire de bien comprendre d'abord la logique dominante actuelle, d'impliquer l'ensemble des acteurs clés et d'utiliser les stratégies de gestion du changement ou de diffusion d'innovations. Une stratégie qui ressort de la littérature est celle qui préconise l'apprentissage organisationnel, ce qui a pour effet de fondre les changements et l'innovation dans les activités quotidiennes.

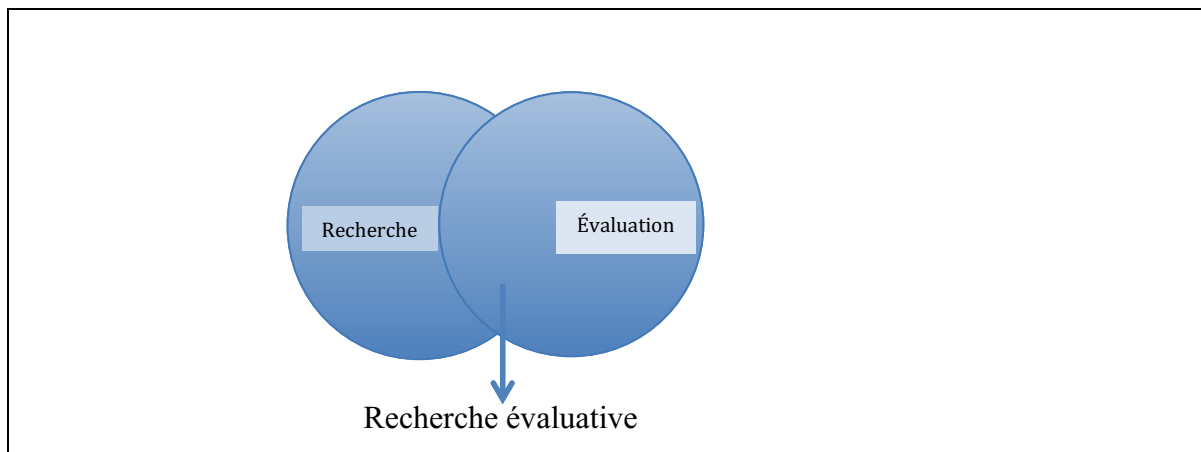
## 2.7 L'EMPOWERMENT EVALUATION (EE)

L'EE est une approche utilisée dans le domaine de l'évaluation. L'évaluation vise à donner une rétroaction concrète en lien avec un programme ou une intervention. La recherche a, quant à elle, l'objectif ultime d'accroître les connaissances, de construire une théorie. Bien qu'ils partagent les stratégies, les méthodes de cueillette et d'analyse des données, il est important de différencier ces deux concepts pour anticiper l'utilisation des résultats. Ainsi,

les résultats d'une évaluation ne serviront qu'aux acteurs impliqués dans un programme tandis que pour une recherche, les résultats se doivent d'être applicables de façon aussi large que possible (Ridde et Dagenais, 2009; Brousselle et al., 2011). Notons toutefois qu'il existe un chevauchement entre évaluation et recherche, la recherche évaluative repose quant à elle sur une démarche scientifique qui permet d'analyser et de comprendre les relations entre les différentes composantes de l'intervention (figure 3). Elle vise donc à comprendre le comment et le pourquoi des résultats. » (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz, 2011, p. 53)

**Figure 3**

Recherche et évaluation



Il existe plusieurs questions en recherche évaluative, soit l'analyse de la pertinence, du bien-fondé, des effets, de l'efficacité, de l'implantation (Ridde et Dagenais, 2009). L'analyse de l'implantation, permet de comprendre les facteurs qui facilitent ou nuisent à l'implantation d'une intervention et à ses effets (Brousselle et al., 2011). Elle sert à évaluer la relation entre l'implantation d'une intervention et son contexte durant la période de mise en œuvre. L'analyse d'implantation permet d'accroître la capacité de généraliser les interventions à d'autres milieux et d'augmenter la validité externe d'une intervention. Elle est aussi pertinente quand une intervention nouvelle est implantée. Elle permettra de mieux cerner la dynamique d'implantation et les facteurs explicatifs critiques (Brousselle et al., 2011).

Plusieurs modèles d'évaluation existent dans la littérature connus sous un nom particulier ou par le nom de leur porteur principal : *utilization-focused-evaluation* (Patton, 1997), *empowerment evaluation* (Fetterman, 2001b, Fetterman et Wandersman, 2005), modèle de Rossi, (Rossi, Lipsey et Freeman, 2004), etc. Selon Shadish et coll. (1991), il est possible d'analyser ces modèles selon 5 principaux fondements pour cerner ce qui les distingue. Quelques années plus tard, Alkin (2004), en s'appuyant sur les écrits de Shadish, identifie 3 branches à un arbre de l'évaluation, qui permettent de classer les différents modèles selon leur orientation majeure, soit pour l'utilisation, les méthodes, ou les valeurs (Shadish et al, 1991, Contandriopoulos et Brousselle, 2012). Les modèles qui ont une majeure pour l'utilisation, sont des modèles participatifs d'évaluation (Alkin, 2004, Shadish et al, 1991). L'évaluation participative se fait dans un but formatif, mais aussi pour porter un jugement sur l'intervention. Elle permet d'obtenir l'information pertinente pour l'amélioration des services. Cependant, le processus n'a d'intérêt que si les résultats sont utilisés dans la pratique.

Concernant l'utilisation, toutes les évaluations ne présentent pas les mêmes chances que leurs résultats soient utilisés. Contandriopoulos et Brousselle (2012) ont montré que certains contextes sont plus favorables à l'utilisation des résultats, par exemple lorsque les coûts des évaluations sont entièrement assumés par les utilisateurs. Ensuite, certains modèles se placent naturellement dans certains contextes, ce qui maximise le potentiel d'utilisation des résultats (Contandriopoulos et Brousselle, 2012).

En ce qui concerne le présent projet de recherche, puisque le contexte de réalisation de l'étude est propice à l'utilisation (l'établissement est prêt à supporter le projet et à donner du temps pour la bonne réalisation des activités évaluatives), on peut penser qu'utiliser une approche participative permettra de maximiser l'utilisation instrumentale des résultats de recherche. Aussi, puisqu'il s'agit d'une approche participative, elle permet de miser et donc renforcer la présence de plusieurs des déterminants identifiés dans les études de Rogers (2003) et Greenhalgh et coll. (2004) : la communication et son influence, la capacité d'adaptation au changement de l'organisation et les liens pour le passage de la théorie à la pratique. Le processus d'implantation pourra également être ajusté en lien avec les données

issues de ce projet. Enfin, cette approche est également en accord avec la démarche utilisée au CRDITEDME pour le développement, l'implantation et l'évaluation des programmes, soit une démarche participative.

Parmi les approches participatives à l'évaluation, l'*Empowerment Evaluation (EE)* a servi de fondement pour le présent projet de recherche (Fetterman, 2001b; Fetterman et Wandersman, 2005). Il s'agit d'une approche visant à aider les organisations à s'aider elles-mêmes et à améliorer leurs programmes. C'est une approche participative qui vise à inclure dans la démarche d'évaluation et la prise de décision, l'ensemble des personnes touchées par l'étude, incluant les partenaires et la clientèle (Mathison, 2005). Cette approche d'évaluation s'apparente à des devis de recherche-action. Dans ce type de devis, le chercheur travaille en relation égalitaire avec l'ensemble des acteurs et joue un rôle de facilitateur auprès des participants (Stringer, 1999). L'*EE* est composée de trois étapes : 1) Définir en groupe la mission du projet évalué. 2) Faire le point en établissant une liste des activités ou éléments à évaluer et procéder à une première évaluation qui servira de niveau de base. 3) Planifier le futur en élaborant un plan d'amélioration afin de corriger et enrichir le projet (Fetterman, 2001). Puisque l'implantation de l'OP était déjà en cours au moment de l'évaluation, ce projet s'appuie sur l'*EE* pour la conduite de l'évaluation et l'élaboration d'un plan d'amélioration (objectifs 2 et 3).

L'*EE* est aussi basée sur 10 grands principes (tableau 2). Ces principes influencent la position du chercheur, il doit les respecter et se placer dans un rôle d'ami critique (Fetterman et Wandersman, 2005).



**Tableau 2**  
Les 10 principes de l'*EE*

1- L'amélioration	Aider à atteindre les résultats visés par les programmes.
2- L'appropriation par la communauté	La communauté a le droit d'influencer les décisions concernant les actions qui vont avoir un impact dans leur vie.
3- L'inclusion	Il est important d'impliquer des intervenants, gestionnaires et membres de la communauté.
4- La participation démocratique	S'assurer de la diversité dans le choix des participants en incluant les gens qui peuvent être plus souvent exclus. S'assurer que chaque participant ait une participation aux prises de décisions.
5- La justice sociale	Ce principe rappelle d'inclure les personnes qui vivent des injustices ou des problématiques comme des handicaps, l'alcoolisme, l'itinérance, la violence conjugale...
6- Les connaissances de la communauté	Utiliser le savoir et les connaissances des membres de la communauté.
7- Des stratégies fondées sur des preuves scientifiques	Utiliser les données probantes dans le développement des programmes qui ont démontré des effets pour d'autres communautés.
8- Le renforcement des capacités	Développer les capacités des participants à mener leurs propres évaluations.
9- L'apprentissage organisationnel (une organisation apprenante)	Aider les communautés et organisations à être plus réceptives aux changements et aux défis.
10- La responsabilisation	Ce principe rappelle que les gens sont responsables individuellement, mais aussi comme groupe.

(Fetterman et Wandersman, 2005)

L'*empowerment evaluation* (*EE*) a été intégrée dans le domaine de l'évaluation en 1994 par David Fetterman alors qu'il était président de l'Association Américaine d'évaluation (Garcia, 2009; Smith, 1999). Fetterman a présenté l'*EE* dans son discours présidentiel lors d'une rencontre de l'Association, ce qui a offert une visibilité instantanée et très importante à son approche. Cela a aussi créé beaucoup de controverses et fait place à la critique (Smith, 1999). Pour le développement de l'*EE*, Fetterman s'est laissé influencer par l'anthropologie et l'ethnographie, la justice sociale ainsi que les modèles d'évaluation visant l'utilisation des résultats de Patton et Alkin (Alkin, 2004; Worthington, 1999).

L'*EE* est une approche d'évaluation qui vise à intégrer l'ensemble des acteurs principaux à chacune des étapes de l'évaluation, incluant les clients (Alkin, 2004). L'objectif étant d'améliorer l'autodétermination des participants quant à la possibilité d'évaluer leurs

propres programmes. L'évaluateur joue un rôle d'ami critique, de *coach*, afin de stimuler les échanges, faciliter la résolution de problèmes par les participants, et ainsi obtenir une amélioration du programme évalué (Garcia, 2009). Il est aussi un facilitateur qui vise à transmettre les outils et les connaissances nécessaires aux participants afin qu'ils puissent faire leurs propres évaluations et se responsabiliser. La similarité entre l'EE et les autres modèles participatifs d'évaluation est importante surtout au niveau de l'implication des principaux acteurs. Cependant, c'est la finalité qui diffère. Pour l'EE, il y a un but d'améliorer l'autodétermination des participants et le modèle s'adresse particulièrement, mais non exclusivement, à des programmes pour des clientèles opprimées (Alkin, 2004, Garcia, 2009). Fetterman et Wandersman (2007) définissent l'EE ainsi: « *An evaluation approach that aims to increase the probability of achieving program success by 1) providing program stakeholders with tools for assessing the planning, implementation and self-evaluation of their program, and 2) mainstreaming evaluation as part of the planning and management of the program/organization* ». (Fetterman et Wandersman, 2007, p.186)

### 2.7.1 Avantages de l'EE

Une des forces de l'EE est que les valeurs sont clairement énoncées, il n'y a pas de confusion à ce sujet. Dans la définition même de l'approche, la valeur principale est énoncée, soit de favoriser l'autodétermination des participants. L'EE, dans son idéal, conduirait les organisations à se transformer et à intégrer l'évaluation dans sa planification de programme (Worthington, 1999). Dans ce contexte, l'EE est un modèle intéressant pour le CRDITEDME puisque l'évaluation fait déjà partie de la planification des programmes et cela viendra renforcer et développer les capacités de plusieurs intervenants. Comme les autres approches qui incluent la participation des personnes concernées par le programme, l'EE contribue à améliorer l'utilisation des résultats de l'évaluation. Peu importe le type d'implication et le niveau de contrôle donné aux participants dans l'évaluation des programmes, le fait de participer peut améliorer l'acceptation des résultats. Les gens sentiront que les résultats leur appartiennent et auront alors plus tendance à les utiliser (Worthington, 1999).

Dans son livre sur les fondements de l'approche, Fetterman (2001b) décrit les éléments à suivre dans l'utilisation sur le terrain. Au niveau de la rigueur scientifique de l'approche, il mentionne l'importance de respecter la participation démocratique permettant

de clarifier et d'expliquer les visions de chacun, tant pour les classements et évaluations quantitatives qui portent sur les activités d'un programme, qu'au niveau des discussions sur les conclusions. Selon Fetterman (2001b), demander aux participants d'expliquer les cotes (1 à 10) qu'ils ont données à un élément a pour effet d'améliorer l'objectivité de l'évaluation. Par exemple, lorsqu'une personne évalue très sévèrement un élément, on lui demande de préciser de façon détaillée sa position, afin de comprendre la sévérité de son évaluation. En voyant les cotes des autres participants et en entendant leurs explications, la personne peut choisir de corriger, ou non, son évaluation. Cela s'observe aussi lorsqu'une personne évalue beaucoup plus positivement un élément que le reste du groupe. Le but n'est pas d'obtenir un consensus, mais plutôt de rendre les évaluations plus objectives et de s'assurer que l'ensemble des participants a les mêmes informations en lien avec l'élément évalué. Cette démarche aide les gens à développer leur capacité d'analyse, affute leur regard pour qu'ils soient plus critiques et favorise l'honnêteté de leur évaluation (Fetterman, 2001b). Enfin, face à la critique faite quant au manque d'uniformité dans l'application de l'approche, soulignons que l'*EE*, comme tous les modèles d'évaluation, est rarement utilisé intégralement et il doit être adapté aux différents contextes et participants (Fetterman et Wandersman, 2007).

Au niveau de l'utilisation des résultats, plus les participants sont engagés dans le processus d'évaluation, plus ils accorderont une crédibilité aux résultats et plus volontiers ils mettront en place les recommandations. L'*EE* augmenterait et améliorerait l'utilisation des connaissances, mais sans que ce ne soit une certitude (Donaldson, Patton, Fetterman et Scriven, 2010; Rodriguez, 2012). En accord avec cette position, Miller et Campbell (2006) mentionnent que par leur participation à la prise de décision dans l'*EE*, les acteurs augmentent leur capacité d'analyse, s'ouvrent à une meilleure connaissance de leur programme et, par conséquent, peuvent mieux y adhérer. Aussi, la participation des bénéficiaires des programmes permet de développer des habiletés et un pouvoir d'agir qui peuvent leur servir dans la vie de tous les jours (Garcia, 2009). Il y a trois avantages d'inclure les usagers : 1) apporter une nouvelle perspective et équilibrer ainsi les visions entre usagers, gestionnaires et intervenants; 2) fournir de nouvelles informations; 3) améliorer la

profondeur de l'évaluation. En effet, l'inclusion des usagers permet de mieux équilibrer les pouvoirs entre ceux-ci et les intervenants (Garcia, 2009).

De façon spécifique, pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle (DI), Garcia (2009) mentionne que l'*EE* est une approche intéressante. En général, ces personnes sont très peu intégrées dans les projets de recherche, étant plus souvent représentées par leur famille. Malheureusement, les familles n'ont pas toujours la même vision que les personnes présentant une DI quant à leurs besoins ou leur vécu. L'*EE* donne la parole aux personnes ayant un handicap intellectuel. Il existe peu de moyens accessibles pour améliorer la participation des personnes avec une déficience intellectuelle dans les recherches, ce qui rend l'*EE* intéressant. L'autodétermination peut s'acquérir par une participation démocratique lors des rencontres. L'autodétermination est le principe fondateur de l'*EE*, mais aussi le besoin fondamental des personnes présentant une DI ou un TSA, afin d'augmenter leur participation sociale (Garcia, 2009). L'*EE* est une approche qui permet d'augmenter le pouvoir des acteurs sur les décisions prises en lien avec le programme évalué, ce qui apporte plus d'indépendance et de capacités dans la résolution de problèmes par les membres de la communauté. Aussi, elle crée une culture d'apprentissage et un sens de la communauté (Garcia, 2009). L'*EE* contribue à réduire les résistances des acteurs au niveau de l'évaluation. Elle permet un travail d'équipe et une bonne collaboration afin d'obtenir des résultats d'évaluation approfondis (Andrews, 2004). Les approches participatives et l'*EE* peuvent permettre d'améliorer les capacités d'apprentissage organisationnel, d'améliorer les programmes et la pratique (McQuiston, 2000).

Enfin, ce qui est très intéressant dans le contexte de l'étude, l'*EE* peut aider à réduire les barrières à l'implantation d'un programme, par l'implication précoce des acteurs clés (Everhart et Wandersman, 2000). Les modèles participatifs d'évaluation sont prometteurs et gagnent en popularité, ce qui explique que de nombreux évaluateurs et clients s'y intéressent (Rodriguez, 2012). L'*EE* a frappé l'imaginaire des évaluateurs, mais aussi des utilisateurs (Fetterman et Wandersman, 2007).

### 2.7.2 Limites de l'approche

Plusieurs auteurs ont critiqué l'*EE*. Comme mentionné plus haut, la grande visibilité et la popularité rapidement gagnée de l'approche ont ouvert la porte à de nombreuses critiques et, malgré l'intérêt suscité, l'*EE* demeure controversée (Miller et Campbell, 2006).

Parmi les critiques souvent énoncées, on précise que Fetterman ne parle pas en profondeur des origines et des fondements théoriques de l'*EE* et on lui reproche un manque de clarté dans les bases théoriques, ce qui peut entraîner des difficultés pour les évaluateurs qui souhaitent utiliser l'*EE*. L'approche serait plus claire avec une meilleure justification épistémologique (Worthington, 1999).

Selon Garcia (2009), le mécanisme par lequel l'*EE* va contribuer à l'autodétermination de la communauté n'est pas bien expliqué et mal définit, sauf pour certains aspects, dont la méthode, le rôle d'ami critique de l'évaluateur et l'objectif ultime de l'approche. L'étude de Miller et Campbell (2009) soulève aussi des préoccupations quant à la rigueur des résultats produits et à l'absence d'évidence que l'approche conduit à l'autodétermination des acteurs face à l'évaluation de leurs programmes. Patton, un des grands auteurs de ce débat (qui visait également à faire valoir les analyses comparées de l'utilisation des résultats) est également de cet avis. Il mentionne que les trois étapes de l'*EE* ne nous montrent pas ce qu'est l'*EE* et les dix principes ne nous parlent pas de ce qui est central à l'*EE*. Il est difficile de faire la différence entre cette dernière et les autres approches participatives (Donaldson et *al.*, 2010).

Worthington, (1999) souligne des lacunes au niveau des qualités scientifiques de l'approche. La validité et la fiabilité de celle-ci ne sont que partiellement discutées. Plusieurs auteurs affirment que l'*EE* manquerait de validité et serait comparable à de l'autoévaluation, technique qui manque d'objectivité et de rigueur scientifique; que l'*EE* ne serait pas un modèle d'évaluation, mais correspondrait plus à une approche sur comment faire de l'évaluation (Donaldson et *al.*, 2010, Worthington, 1999).

Miller et Campbell (2006) ont fait une revue de littérature empirique sur l'*EE* et ils en ressortent trois grandes critiques : 1) il y a peu de fondements théoriques à l'origine de l'approche (elle ressemble beaucoup à d'autres modèles comme *l'utilisation-focused-evaluation* de Patton (Patton, 1997), mais ne définit pas suffisamment ses particularités afin d'être clairement distinct); 2) il y a un manque d'unanimité dans la pratique, c'est-à-dire entre les différentes façons de conduire les études. Des clarifications seraient nécessaires au niveau de la méthodologie à respecter, et 3) il y a un manque de preuves empiriques et d'études sur l'efficacité de l'approche. Les résultats de leur recherche démontrent que la plupart des études recensées ne respectent pas l'ensemble des principes de l'*EE* (Miller et Campbell, 2006).

En ce qui a trait au respect des principes de l'*EE* dans les études qui disent utiliser cette approche, celle de Miller et Campbell (2006) rapporte que les principes les moins fréquents dans les études sont : la participation démocratique, la justice sociale et l'utilisation de données probantes. Une seule étude a démontré avoir suivi les dix principes. Il faut toutefois tenir compte du fait que les auteurs ont codé les études recensées à partir des articles publiés, et que cela ne signifie pas que les principes n'ont pas été suivis, mais plutôt que rien dans la rédaction de l'article n'illustre ces principes.

Dans leur étude Miller et Campbell (2006) ont classifié les études analysées en trois grandes approches face à leur intégration des principes de l'*EE*. D'abord, il y a l'approche socratique : l'évaluation est entièrement conduite par les acteurs clés et l'évaluateur a un rôle de facilitateur. Ensuite, la guidance structurée : une structure d'évaluation est proposée aux acteurs clés et ils conduisent l'évaluation avec le support de l'évaluateur, ce dernier procède parfois aux analyses. Enfin, l'approche participative : l'évaluation est entièrement conduite par l'évaluateur mais avec la collaboration à quelques reprises des intervenants entre autres pour l'identification des façons de faire le recrutement des participants et pour donner une rétroaction. Selon ce classement, la présente étude pourrait probablement être associée à la guidance structurée.

En réponse aux critiques sur le manque de clarté dans la définition de l'autodétermination, Fetterman et Wandersman (2005) ont repris l'idée dans leur livre en y ajoutant la définition d'autres concepts afin d'améliorer la qualité de l'approche. Ils incluent également une charte qui permet d'évaluer le niveau d'intégration de chacun des principes (Fetterman et Wandersman 2007). Aussi, dans leur article, Fetterman et Wandersman (2007) répondent aux critiques face au manque de clarté de l'approche résultant en une grande variabilité dans l'application. Ils mentionnent qu'ils sont d'accord qu'il y a variabilité, mais que c'est approprié et même désirable. L'adaptation de l'approche doit se faire rigoureusement. En ce qui concerne le respect de l'*EE*, l'approche peut facilement être adaptée, mais tout en respectant les grands principes qui sont essentiels (Fetterman et Wandersman, 2007).

De ce débat, il est important de retenir que ce qui semble définir l'*EE* est l'importance de la participation démocratique, l'implication des participants au processus même de l'évaluation (et non seulement comme un moyen de collecter les données) et les 10 principes qui orientent les décisions structurantes pour le projet d'évaluation. Les études disant relever de l'*EE* démontrent une grande variabilité dans la mise en œuvre de l'approche comme le montre l'étude de Miller et Campbell (2006), ce qui semble normal et même souhaitable d'après Fetterman et Wandersman (2007).

## 2.8 MOTIVATION DU CHOIX POUR CETTE ÉTUDE

Dans l'arbre des différentes théories de l'évaluation d'Alkin (2004), la branche de l'utilisation, où est classé l'*EE*, réfère à la théorie orientée sur la prise de décisions. Cette théorie illustre l'importance que les évaluations soient réalisées dans le but d'aider à la prise de décision des principaux acteurs concernés, mais aussi que l'utilisation des résultats permette l'amélioration des programmes et favorise des changements organisationnels.

L'étude de Contandriopoulos et Brousselle (2012) analyse la relation entre les modèles d'évaluation et leurs contextes. Il faut se rappeler que certains contextes sont plus favorables à l'utilisation des résultats, notamment lorsque les coûts des évaluations sont entièrement assumés par les utilisateurs. Ensuite, il y a l'élément de polarisation à considérer. Certains modèles évaluatifs se placent, selon leurs fondements qui les définissent, dans

certain contextes. L'*EE* est une approche qui repose sur la forte implication des parties prenantes. Pour le présent projet, il y a présence d'un contexte évaluatif où les professionnels et gestionnaires ont une expérience de ce type d'approche et où l'ensemble des coûts est assumé par l'établissement. L'approche d'*EE* correspond dans ses fondements aux caractéristiques du contexte évaluatif observé au CRDITED, ce qui appuie la pertinence du choix de l'approche et qui laisse également présager qu'il y aura une utilisation des résultats de recherche.

La recension des écrits sur l'évaluation d'implantation d'organisation de services en santé a fait ressortir plusieurs éléments à considérer dans le présent projet de recherche. Ces éléments sont : 1) l'importance d'inclure la participation des intervenants et des usagers le plus tôt possible dans le processus d'implantation et 2) l'adaptabilité de l'innovation en fonction du milieu d'implantation.

Pour ce projet, l'innovation est déjà en cours d'implantation, malheureusement les acteurs clés n'ont pas été intégrés dès le départ, soit au moment de la création et l'implantation de l'organisation par programme. Le choix a été fait d'évaluer cette implantation et en dégager les obstacles et les facilitateurs. À l'aide de la méthodologie de recherche, inspirée par les stratégies de l'*EE*, le souhait est de rectifier les lacunes déjà identifiables à une bonne implantation, soit : l'implication des acteurs clés et l'élaboration d'un plan d'amélioration. En effet, l'*EE* visait à aider à corriger ces éléments en impliquant les participants tout au long du processus d'évaluation, incluant les usagers et leur famille. Un nouveau plan d'amélioration a été développé avec les participants visant à améliorer et à poursuivre l'implantation de l'organisation par programme.

Lors de la consultation des études recensées au niveau de l'évaluation de l'implantation d'organisation de services en santé, il est constaté que le présent projet de recherche se distingue des autres. La grande force de ce projet réside dans l'utilisation de nombreuses stratégies de l'*EE* et dans l'implication de la clientèle tout au long du processus d'évaluation, ainsi que dans l'élaboration d'un plan d'amélioration. Ce dernier servira pour



l'utilisation des résultats et l'amélioration de l'implantation de l'organisation par programme au CRDITEDME.

En conclusion, l'*EE* est une approche d'évaluation relativement nouvelle et faisant l'objet de nombreuses critiques quant au manque de validité scientifique et aux lacunes dans la définition de la méthodologie. Cependant, l'auteur de l'*EE* mentionne lui-même qu'il est important d'adapter l'approche au contexte de l'étude. Ainsi, il était possible d'ajuster la méthodologie du présent projet de recherche afin d'améliorer la rigueur scientifique. Dans une entrevue accordée à Fitzpatrick (2000), Fetterman explique comment faire pour savoir si l'*EE* est une approche appropriée pour une évaluation. Il suggère de se poser la question : « Quelle est la raison qui a amorcé l'étude? » Si la réponse est d'améliorer l'implantation ou la qualité d'un programme, l'*EE* est appropriée, si, en revanche, c'est de rendre des comptes, les méthodes plus traditionnelles seront de meilleurs choix (Fitzpatrick, 2000). Dans le cadre du présent projet de recherche, la raison qui a amorcé l'étude était d'améliorer l'implantation d'une organisation par programme. Il est souhaité de pouvoir tirer des connaissances sur les obstacles et les facilitateurs liés à l'implantation de cette innovation qui est très complexe. On estime que l'*EE* pouvait aider les participants à mieux comprendre ce qu'est l'organisation par programme tout en étant impliqués à son évaluation.

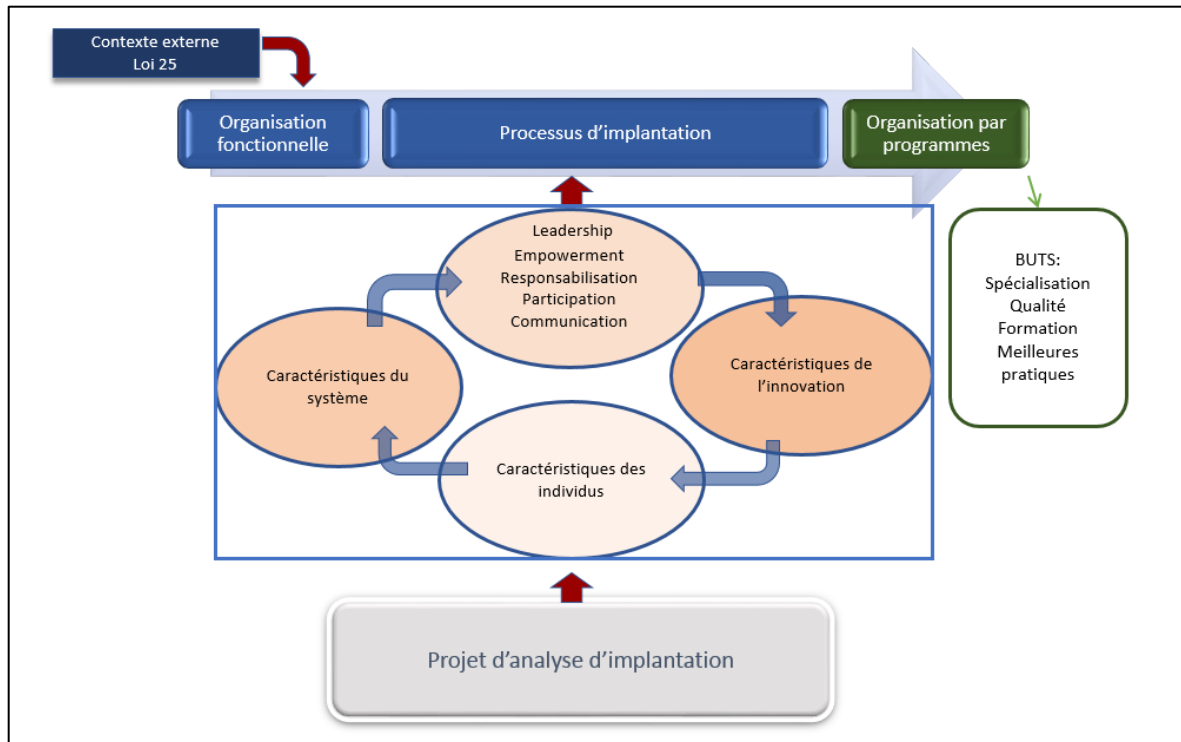
Au CRDITEDME, la clientèle est très peu intégrée dans les processus d'évaluation. Elle est sollicitée pour répondre à des questionnaires ou pour participer à des entrevues, mais rarement elle est impliquée dans l'ensemble du processus d'évaluation. L'*EE* devenait ainsi une belle option afin de découvrir cette façon de faire. Ainsi, ce projet s'inspire de l'*EE* pour analyser l'implantation de l'OP. L'approche sera adaptée aux caractéristiques du contexte de réalisation de l'étude tout en faisant le maximum pour mettre en action les principes et les étapes de l'*EE*.

### 3-CADRE D'ANALYSE

Le présent cadre d'analyse (figure 4) est basé sur la recension d'écrits concernant l'OP et sur le modèle théorique de Greenhalgh et *coll.* (2004) sur la diffusion d'une innovation dans les services de santé.

**Figure 4**

Cadre d'analyse pour l'analyse d'implantation d'une organisation par programme



*Inspiré de Greenhalgh, 2004*

La flèche du haut permet de schématiser le passage d'une organisation de type fonctionnelle vers une OP qui vise quatre buts principaux : la spécialisation, l'amélioration de la qualité, la formation et l'adoption des meilleurs pratiques. Cette innovation, influencée par le contexte externe, entre autres l'adoption de la loi 25, comprend l'implantation de sept programmes et vise une implantation la plus fidèle possible du modèle d'OP tel que décrit dans la recension des écrits, soit un seul chef par programme entouré d'une équipe interdisciplinaire spécialisée en fonction de problèmes de santé ou de diagnostics. Le processus d'implantation est influencé par différents éléments identifiés dans l'article de Greenhalgh et *coll.* (2004) et dans la littérature sur l'OP, soit (1) les caractéristiques de

l'innovation, (2) les caractéristiques des individus, (3) les caractéristiques du système, (4) le leadership, l'empowerment, la responsabilisation, la participation, la communication. Le projet d'analyse d'implantation apparaît dans ce cadre puisque l'approche choisie vise, par un processus participatif démocratique inspiré de l'EE, à renforcer le processus d'implantation de l'OP. Le présent projet pourra, entre autres, renforcer les aspects ayant trait à la communication, la participation et à l'empowerment. En ce sens, il nous semble important d'en faire mention.

Ce cadre sera utilisé comme cadre interprétatif lors de l'analyse des données. Le processus évaluatif a été utilisé comme moyen de favoriser la réflexion sur les pratiques et d'appuyer l'implantation de l'innovation.

#### 4-OBJECTIFS

L'objectif général du présent projet de recherche est d'analyser l'implantation de l'OP abordée comme une innovation tout en appuyant l'implantation de l'OP et en engageant les acteurs clés dans le processus évaluatif. Les objectifs spécifiques sont:

1. apprécier l'atteinte des résultats visés par l'OP;
2. identifier les obstacles et facilitateurs vécus par les intervenants, gestionnaires ainsi que les usagers et proches au moment de l'implantation de l'OP;
3. proposer des pistes de solutions pour améliorer l'implantation de l'OP.

L'amélioration de l'implantation d'une innovation repose sur le principe d'appropriation des connaissances. Nous sommes dans un contexte où les acteurs ont manifesté un désir à s'engager dans la recherche, ils mobilisent temps et ressources. C'est un terrain favorable à l'utilisation des résultats de recherche (Contandriopoulos et Brousselle, 2012). Dans ce contexte, une approche participative qui vise à associer les participants à la collecte, l'analyse et la validation des résultats, et qui met l'accent sur l'échange des connaissances tout au long du processus de recherche, est une démarche qui influencera très probablement l'utilisation conceptuelle et instrumentale par les acteurs sur le terrain (Contandriopoulos et Brousselle, 2012). Notre volonté d'améliorer l'intervention ne repose pas sur la modification d'éléments spécifiques sur le terrain, mais par l'utilisation d'une approche participative dans un contexte propice à l'utilisation des résultats d'évaluation, ce qui semble être des conditions favorables pour avoir un impact sur la transformation des organisations (Contandriopoulos et Brousselle, 2012). Ainsi, le choix d'utiliser les principes et stratégies inspirées de l'EE, l'approche visant à améliorer les connaissances des acteurs clés face à l'utilisation des outils d'évaluation, pourra contribuer à renforcer l'implantation de l'OP (Wandersman, Alia, Cook et Ramaswamy, 2015).

## 5-MÉTHODE

### 5.1 APPROCHE DE RECHERCHE : L'EMPOWERMENT EVALUATION

Une analyse de l'implantation sera effectuée à l'aide d'une approche inspirée de l'*empowerment evaluation*. Il n'y a pas de consensus entre les auteurs pour la définition d'analyse d'implantation. Pour le présent projet, il a été choisi de retenir la définition suivante : « L'analyse de l'implantation consiste à étudier les relations entre une intervention et son contexte durant sa mise en œuvre. Elle vise à apprécier comment, dans un contexte particulier, une intervention provoque des changements » (Brousselle et al, 2011 p. 225). L'EE est une approche évaluative avec un intéressant potentiel au niveau de l'accompagnement pour la transformation organisationnelle. Puisqu'il s'agit d'une approche participative, elle permet de favoriser l'actualisation de plusieurs des déterminants identifiés par Greenhalgh et coll. (2004). Les déterminants particulièrement mis de l'avant sont la communication et son influence, ainsi que la capacité d'apprentissage de l'organisation et des individus. Enfin, cette approche est également en accord avec la démarche utilisée au CRDITEDME pour le développement, l'implantation et l'évaluation des programmes, soit une démarche participative. La plupart des études utilisant l'EE ont été réalisées dans des milieux privilégiant l'approche participative ou féministe, sans oublier les milieux qui desservaient une communauté ayant besoin d'augmenter son autodétermination (Worthington, 1999).

Un autre point fort de l'EE est l'impact que l'approche peut avoir sur le développement d'une culture d'apprentissage. Comme le CRDITEDME doit compléter la spécialisation de ses services, ceci nécessite beaucoup d'apprentissages pour le personnel et de nombreux ajustements dans leurs façons de faire. Dans le cadre de ce projet de recherche, l'utilisation de certaines stratégies de l'EE peut permettre aux participants de mieux comprendre la nouvelle organisation par programme, mais aussi de développer leur jugement critique et leurs habiletés au niveau de l'évaluation. Ils auront ensuite des outils permettant d'utiliser à nouveau l'évaluation pour éclairer leur prise de décisions et améliorer la spécialisation de leurs interventions.

## 5.2 MÉTHODE DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES

Les stratégies de l'*EE* ont inspiré le développement de la méthodologie afin de structurer la collecte et l'analyse des données et d'en assurer la rigueur scientifique. Deux groupes différents ont été recrutés pour participer à trois rencontres d'une journée, soit un groupe d'employés, constitué des acteurs clés au niveau du service à la clientèle et un groupe de clientèle, composé d'usagers et de proches. Chaque étape débutait avec le groupe d'employés et était suivie par le groupe de clientèle. Il y a eu six rencontres au total soit trois avec chacun des deux groupes. Chaque rencontre comprenait une période de partage d'information et des résultats de la rencontre précédente, une collecte de données et une activité de priorisation et d'analyse des résultats. Les étapes de recherche étant toutes différentes et successives, le détail de la méthodologie pour chacune des étapes sera présenté au début de chaque section de résultats. Ceci aidera pour la bonne compréhension du déroulement de la collecte de données et des résultats en découlant.

Des rencontres d'une journée étaient prévues afin de couvrir la période du dîner et ne pas mettre de pression aux groupes dans la gestion du temps. Il était cependant prévisible que la journée complète ne serait pas nécessaire. Les rencontres ont toutes terminé tôt en après-midi et un buffet était offert aux participants. La pause-repas a favorisé les échanges et offert un moment de repos aux participants. Le tableau suivant (tableau 3) illustre le déroulement de l'étude.

**Tableau 3**  
 Déroulement de l'étude  
 Rencontre 1 (une rencontre pour le groupe 1 et une pour le groupe 2)

<b>Analyse documentaire</b>				
<b>Objectif :</b> Apprécier l'atteinte des résultats visés par les programmes.	<b>Partage d'information :</b> Présentation de la recension des écrits sur l'OP.	<b>Collecte de données :</b> Perception de l'atteinte des objectifs de l'OP? a-Amélioration de la qualité des services b-Spécialisation des services c-Utilisation des meilleures pratiques d-Formation du personnel e- Effets de l'implantation de l'OP Utilisation de TRIAGE	<b>Analyse :</b> <u>Descriptive</u> : rédaction d'un court texte par groupe <u>Analytique</u> : Lien avec les concepts du cadre d'analyse pour offrir une interprétation de l'atteinte des résultats.	<b>Produit de la recherche :</b> Analyse groupe 1 Analyse groupe 2 Analyse combinée



**Rencontre 2 : (une rencontre pour le groupe 1 et une pour le groupe 2)**

<b>Objectif :</b> Identifier les obstacles et facilitateurs vécus avec l'implantation de l'OP.	<b>Partage d'information :</b> Présentation et validation de chacun des textes des 2 groupes et du rapport d'analyse.	<b>Collecte de données :</b> Identification, priorisation et évaluation des obstacles et facilitateurs.	<b>Analyse :</b> <u>Descriptive</u> : Compilation des données, construction de matrices avec les moyennes pour chacun des groupes. <u>Analytique</u> : Lien avec les concepts du cadre d'analyse pour offrir une interprétation des résultats	<b>Produit de la recherche :</b> Analyse groupe 1 Analyse groupe 2 Analyse combinée
---	--	--	---	--



**Rencontre 3 : (une rencontre pour le groupe 1 et une pour le groupe 2)**

<b>Objectif :</b> Proposer des pistes de solutions pour améliorer l'implantation de l'OP.	<b>Partage d'information :</b> Présentation et validation des évaluations des deux groupes et du rapport d'analyse.	<b>Collecte de données :</b> À partir de ces constats, discussions sur ce qui pourrait favoriser une meilleure implantation de l'OP Utilisation de TRIAGE  Développement du plan d'amélioration en groupes par consensus.	<b>Analyse :</b> <u>Descriptive</u> : Suite à la rencontre, un plan d'amélioration final combinant les 2 groupes sera rédigé. <u>Analytique</u> : Lien avec les concepts du cadre d'analyse pour offrir une interprétation des résultats.	<b>Produit de la recherche :</b> Analyse groupe 1 Analyse groupe 2 Analyse combinée
--	--	---	---	--

Ces rencontres ont été animées par la chercheuse avec la présence d'une intervenante à titre d'accompagnatrice lors des rencontres du groupe d'utilisateurs et de proches. Cette dernière avait comme rôle de supporter les utilisateurs dans les activités et de s'assurer que l'information transmise par la chercheuse était comprise.

Une assistante de recherche était présente à chacune des 6 rencontres afin de prendre des notes lors des échanges entre les membres ainsi que retranscrire ce qui était noté au tableau. Un enregistrement (avec deux enregistreuses) a été effectué lors des rencontres afin de permettre que l'ensemble des informations soit accessible pour l'analyse des données. Le matériel produit selon les stratégies de l'EE était la partie principale de la collecte des données. Aussi, divers documents internes à l'établissement ont été consultés lors de l'analyse documentaire.

### 5.2.1 Analyse documentaire

À la suite des trois rencontres qui ont eu lieu avec les participants, la chercheuse a effectué une analyse documentaire du rapport qui avait été préparé pour le conseil québécois d'agrément en 2013. Pour l'analyse documentaire, les sections les plus pertinentes du rapport remis pour l'évaluation du conseil québécois d'agrément (CQA) ont été analysées. Ce rapport a été rédigé par plusieurs gestionnaires et responsables de la démarche d'évaluation de l'établissement. Plusieurs normes étaient questionnées et les gestionnaires devaient répondre si elles étaient atteintes ou non et en fournir les preuves. Aussi, des sondages ont été envoyés à la clientèle et les normes rédigées étaient évaluées par des groupes d'employés des secteurs concernés par ces normes. Les résultats des sondages de satisfaction des nombreuses équipes d'évaluation, incluant les sondages de la clientèle ont été utilisés pour l'analyse documentaire.

Les différents extraits qui ont eu une influence sur l'implantation d'une structure par programme, ont été identifiés. Pour ce faire chacun des concepts identifiés dans le modèle théorique a été repris et utilisé comme catégories d'analyses. Ainsi, ont été recherchés les extraits qui permettaient d'identifier la présence ou l'absence de leadership, d'*empowerment*, de responsabilisation, de participation, de communication, des caractéristiques de



l'innovation, des caractéristiques du système, des caractéristiques de l'individu et du processus d'implantation.

L'analyse a été guidée par la grille d'analyse B de l'annexe 2. Cette grille d'analyse a été construite à partir du cadre d'analyse (section 3). Chaque section du texte du rapport pour le conseil québécois d'agrément analysé a été découpée, en ne gardant que des extraits représentant une idée à la fois. Ensuite, chacun de ces extraits a été classé dans la grille d'analyse afin d'en tirer des conclusions sur les concepts clés inclus dans cette grille. Par exemple, si une idée mentionnait que les gens n'étaient pas suffisamment au courant des programmes, l'extrait était classé, comme obstacle, dans la section communication.

Cette analyse visait à permettre la triangulation dans la cueillette et l'analyse des données. En effet, les documents qui ont été analysés contenaient de nombreuses informations pertinentes pour valider ou compléter les informations collectées lors de *l'empowerment evaluation*. Par exemple, des évaluations de la satisfaction de la clientèle, les évaluations du personnel face à l'OP ou à l'utilisation de certains programmes.

### 5.2.2 Sélection des participants

L'échantillonnage s'est fait par choix raisonné (Fortin, 2010) et sur une base volontaire. Un nombre de 20 personnes pour chaque groupe a été recruté. L'*EE* favorise la participation de l'ensemble des personnes touchées par le projet, ceci inclut de nombreux corps d'emploi différents (Fetterman et Wandersman, 2005; Stringer, 1999). Afin d'obtenir un groupe qui inclut des employés de chaque corps d'emploi et chaque territoire de l'établissement tout en permettant un temps de parole suffisant, il a été estimé qu'un maximum de 20 personnes était pertinent. Ce nombre a été maintenu pour le groupe de clientèle afin de donner l'opportunité de participer au plus grand nombre possible d'utilisateurs ou leurs proches (Fetterman, 2001).

### 5.2.3 Critères d'inclusion

Puisque l'implantation de l'OP a débuté vers 2009, le premier critère d'inclusion pour les participants des deux groupes était d'être à l'emploi du CRDITEDME ou de recevoir des

services au minimum depuis janvier 2008. Ainsi, les personnes sélectionnées ont connu la période avant et pendant l'implantation de l'OP. Puisque l'un des objectifs était de soutenir l'implantation de l'OP en ayant recours à l'EE, il était important que les membres du personnel soient des personnes influentes dans leur milieu et occupant des postes en lien avec les services à la clientèle. Afin d'identifier les leaders au niveau des intervenants, les gestionnaires devaient cibler dans leur équipe, les personnes qui avaient une influence sur leurs collègues. Tous les parents et proches pouvaient être admis pour le projet de recherche ainsi que les usagers aptes de 18 ans ou plus présentant une déficience légère ou un trouble du spectre de l'autisme (avec déficience légère ou sans déficience intellectuelle).

#### **5.2.4 Critères d'exclusion**

Pour le groupe d'usagers et de proches, les personnes avec déficience modérée et sévère ou les personnes majeures inaptes devaient plutôt être représentées par leurs parents et proches, le sujet de la recherche risquant d'être très complexe à comprendre pour elles. Aussi, pour l'ensemble des participants, les personnes qui ne souhaitaient participer qu'à une ou deux rencontres devaient être exclues du projet, mais cela n'empêchait pas que les gens qui s'engageaient à participer aux trois rencontres pouvaient se retirer en tout temps. Ce critère d'exclusion visait à limiter le nombre d'abandons en cours de route.

#### **5.2.5 Recrutement des participants**

Pour le groupe d'employés, la population cible était l'ensemble du personnel du CRDITEDME et la population accessible était les membres du personnel répondant aux critères d'inclusion et correspondants aux corps d'emploi ciblés au tableau 4. Les participants pour le groupe d'employés ont été choisis en fonction des corps d'emploi ciblés, en lien avec les critères d'inclusion. Ils ont reçu un message explicatif concernant le but et les étapes du projet de recherche, un formulaire de consentement (annexe 3), et le calendrier détaillé des trois rencontres où ils ont été invités à participer. Chaque personne avait 14 jours pour envoyer la confirmation de sa participation ainsi que le formulaire de consentement signé. Des 20 employés recrutés, 18 ont retourné leur formulaire de consentement signé, 15 se sont présentés à la première rencontre, 14 à la deuxième et 12 à la troisième.

**Tableau 4**

Charte représentant l'échantillonnage du groupe des membres du personnel

	Secteur Nord	Secteur Sud	Secteur centre	Total
Assistants en réadaptation	2	2	2	6
Éducateurs	2	2	2	6
Professionnels	1	2	1	4
Cadres intermédiaires	1	1	1	3
Cadres supérieurs		1		1
Total	6	8	6	20

Groupe d'utilisateurs et de proches : la population cible était l'ensemble des parents et proches de la clientèle et les utilisateurs correspondants aux critères d'inclusion du CRDITEDME. La population accessible était l'ensemble des membres du comité des utilisateurs de l'établissement et autres utilisateurs ou proches en contact avec le comité des utilisateurs. Les personnes ont été directement contactées par l'assistante de recherche, employée au CRDITEME. Celles qui mentionnaient leur intérêt recevaient les mêmes informations que les participants pour le groupe d'employés, incluant un formulaire de consentement (annexe 4). La chercheuse ou l'assistante de recherche contactaient ou rencontraient individuellement les utilisateurs ou proches intéressés à participer au projet de recherche et répondant aux critères d'inclusion, afin de leur expliquer le projet de recherche et les éclairer pour le consentement. Des 20 personnes ciblées, 14 ont signé le formulaire de consentement, 12 se sont présentés à la première rencontre, et six aux deuxième et troisième rencontres. Les utilisateurs participants avaient tous une déficience légère, aucun des utilisateurs ayant un trouble du spectre de l'autisme ne s'est présenté.

### 5.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET CONFIDENTIALITÉ

Les intervenants ont été sollicités pour le recrutement et la signature des formulaires de consentement des utilisateurs. Ils sont souvent les personnes qui connaissent le mieux la façon de transmettre ce type d'informations dans un langage accessible et adapté à la personne (Girard et Morin, 2010). Ils ont expliqué aux participants qu'ils pouvaient se retirer du projet de recherche à n'importe quel moment. Pour ce qui est du personnel et des proches, ils ont

été contactés directement par courriel ou par téléphone. Le formulaire de consentement leur a été envoyé par courriel et les personnes intéressées à participer pouvaient rejoindre la chercheuse afin de poser des questions ou obtenir de l'information supplémentaire concernant le projet et leur implication. Afin de s'assurer du consentement libre et éclairé, les usagers pouvaient bénéficier d'un temps de réflexion où ils avaient la possibilité de consulter un professionnel non impliqué dans le projet de recherche en vue de les éclairer de façon tout à fait neutre sur l'impact que pourra avoir la participation au projet dans leur vie personnelle.

Toutes les personnes approchées pouvaient refuser de participer au projet, et ce, sans aucun préjudice. Il s'agissait d'une participation volontaire et les personnes n'étaient pas rémunérées spécialement pour ce projet. Les membres du personnel du CRDITEDME recevaient cependant leur salaire en temps régulier durant les rencontres qui avaient lieu durant leurs heures de travail.

La liste des participants a été conservée sous clé pour une période d'une année après la fin de la collecte de données ainsi que les enregistrements des rencontres. Aucune donnée nominative n'a été collectée outre cette liste. Pour le reste des documents, il s'agit de données publiques ou n'identifiant aucune personne, mais plutôt le résultat de réflexions de groupes. Ils seront conservés par la chercheuse et pourront éventuellement faire l'objet de publications ou de présentations à des colloques et congrès. Tout ce qui a été mentionné par les participants a été traité de façon à respecter nos engagements autour de la confidentialité. Le certificat éthique fut obtenu du comité d'éthique de la recherche des CRDITED du Québec (annexe 5).

## 6- DÉROULEMENT DES RENCONTRES ET RÉSULTATS

La présente section explique en détail le déroulement de l'étude tout en y incluant les résultats. Nous allons d'abord présenter les résultats de l'analyse documentaire. Ensuite, on présentera le déroulement des trois rencontres effectuées à l'automne 2013 et l'hiver 2014 avec chacun des deux groupes de participants. La structure de présentation des trois rencontres est similaire. On présentera les objectifs, la méthodologie (partage d'information, collecte de données et analyse) et les résultats de chacune des rencontres.

### 6.1 RÉSULTATS DE L'ANALYSE DOCUMENTAIRE

L'analyse documentaire a permis de répertorier les concepts du cadre d'analyse. Afin que les résultats soient parlants pour le lecteur, nous avons choisi de présenter les résultats analysés par section en reprenant chacun des concepts illustrés dans le cadre d'analyse (p. 31). Nous avons résumé les idées maîtresses qui ressortaient des différents propos.

**Leadership** : Lors de l'analyse des obstacles et facilitateurs nommés, il ressort que les extraits en lien avec ce concept font davantage référence au leadership d'un type d'intervenant, plutôt qu'au leadership du chef de programme. Dans la littérature sur l'OP, le concept de leadership est davantage associé au chef de programme.

**Empowerment** : Au niveau du concept d'*empowerment*, un seul extrait, identifiée comme un facilitateur, faisait référence à l'*empowerment* de l'intervenant, ce qui est conforme à ce que l'on retrouve comme condition gagnante à l'implantation d'une OP dans la recension des écrits.

**Responsabilisation** : Pour la responsabilisation, nous avons répertorié seulement deux extraits qui sont plutôt négatifs (obstacles) et qui font référence à la responsabilisation des clients et non celle des intervenants. En effet, Guo et Anderson, (2005) parlent de responsabilisation des intervenants dans l'identification des problèmes et dans la recherche de solutions.

**Participation** : Le seul extrait du côté de la participation fait référence à un obstacle, soit le manque de sollicitation des intervenants pour l'identification des besoins de la clientèle. « *Les éducateurs sont rarement questionnés sur les besoins* ».

**Communication :** Il y a beaucoup d'obstacles identifiés en lien avec la communication. On parle de communication interne comme externe et pour les intervenants comme pour la clientèle. Les deux seuls extraits positifs font référence à un début de communication par l'établissement, mais identifient que ce n'est pas suffisant pour bien comprendre les différents enjeux. *« Il faut une meilleure diffusion à l'interne et à l'externe dans la transformation des services vers la spécialisation »*

**Caractéristiques de l'innovation :** du côté des caractéristiques de l'innovation, il y a beaucoup d'extraits en termes d'obstacles et aussi de facilitateurs concernant les programmes et l'organisation des services. Les obstacles font référence au manque de développement de quelques programmes et à la disponibilité de certains services pouvant mieux répondre aux besoins des usagers et leurs familles. Les facilitateurs font référence aux programmes, à la recherche et à des projets d'innovation, ainsi que l'amélioration de l'encadrement clinique basé sur les meilleures pratiques. Il ressort aussi le souci de centrer les programmes sur les besoins de la clientèle. *« L'organisation a une vision par programme et elle s'implante progressivement. Il en découle une offre de service claire et nette »*.

**Caractéristiques du système :** De nombreux obstacles en lien avec le système sont également nommés. Quelques-uns concernent l'arrimage des services entre l'établissement et ses partenaires externes (1re et 2e lignes). Aussi, des contraintes financières sont associées au manque de services pour certains types de clientèle et certains besoins.

**Caractéristiques des individus :** Aucun élément dans cette catégorie.

**Processus d'implantation :** Au niveau des facilitateurs, il y a très peu d'extraits, les deux extraits identifiés sont en lien avec le fait que les programmes sont évalués et améliorés. Du côté des obstacles, plusieurs éléments au niveau du processus d'implantation sont relevés et font référence au manque d'appropriation de la part des intervenants. Quelques extraits sont aussi en lien avec le manque d'outils et l'écart de vision entre les gestionnaires et les intervenants terrain.

Cette analyse apporte la perspective des employés du CRDITEDME, tel qu'interprété par des évaluateurs externes. Cette analyse documentaire permet de faire une première lecture de la problématique. Elle a aussi permis de valider les analyses effectuées à la suite des activités de collecte de données. Globalement, elle démontre la présence d'un grand

nombre d'obstacles à l'implantation réussie d'une structure par programme et de peu de facilitateurs. Fait intéressant, ces derniers sont souvent en lien avec la qualité de la pratique et la spécialisation des services, qui semble très appréciée. Aussi, il y a quelques commentaires positifs en lien avec le fait que les programmes sont développés en fonction des besoins de la clientèle.

Au niveau des obstacles, peu de commentaires sont en lien avec les concepts de responsabilisation, des caractéristiques des individus et de la participation. Du côté du leadership, les remarques en lien avec ce concept sont orientées sur les intervenants plutôt que sur le chef de programme. Il y a une majorité d'extraits associés aux concepts des « caractéristiques de l'innovation » et des « caractéristiques du système ». Il y a donc beaucoup de critiques sur les concepts externes à l'individu, mais très peu envers l'implication active des acteurs, ce qui dénote un manque de responsabilisation, d'autocritique ou de reconnaissance des forces et de l'imputabilité des équipes et des intervenants.

## 6.2 OBJECTIF 1 : APPRÉCIER L'ATTEINTE DES RÉSULTATS VISÉS PAR L'OP

### 6.2.1 Objectif

L'objectif de la première rencontre était d'apprécier l'atteinte des résultats de l'implantation de l'OP.

### 6.2.2 Méthodologie

La rencontre 1 comportait plusieurs étapes : le partage de l'information sur l'OP et une technique d'animation de groupe pour l'obtention d'un consensus (TRIAGE) effectuée pour la collecte de données.

#### 6.2.2.1 Partage d'information

Tout d'abord, l'OP au CRDITEDME ainsi que les grandes lignes de la recension des écrits ont été présentées aux deux groupes. Cette présentation visait une mise à niveau des connaissances en lien avec les objectifs et caractéristiques de l'OP et aussi à leur transmettre des connaissances scientifiques afin qu'ils puissent les utiliser au cours des étapes à venir.

#### 6.2.2.2 Collecte de données

Il a été demandé aux gens de définir, par des phrases clés, 1) *comment ils perçoivent l'atteinte des objectifs à la base de l'implantation de l'organisation des services par programmes, soit a) l'amélioration de la spécialisation, b) l'amélioration de la qualité des services, c) l'utilisation des meilleures pratiques dans nos interventions et d) la formation du personnel?* Il leur a également été demandé 2) *quels effets l'implantation des programmes a eu sur leur pratique ou sur les services reçus?* Les participants ont fait une réflexion individuelle et notaient leurs réponses sur une feuille structurée incluant l'ensemble des questions.

Ensuite, les réponses étaient transcrites sur des cartons et collées sur le mur. La technique de recherche d'information par animation d'un groupe d'experts (TRIAGE) (Gervais et Pépin, 2002) a été utilisée afin d'animer les discussions de groupe. L'objectif était de former un ensemble de réponses qui faisait plutôt consensus et qui répondait bien aux questions de départ aux yeux du groupe.

La technique TRIAGE a été introduite dans la méthodologie afin de compléter les stratégies de l'EE dans le but de rehausser la qualité scientifique et de favoriser la participation équitable des participants. TRIAGE est une technique servant à l'animation des groupes ayant pour but d'obtenir un consensus (voir l'annexe 1 pour la description brève du déroulement de la méthode). Il est possible d'utiliser la technique TRIAGE avec des groupes allant jusqu'à 40 participants, ce qui a orienté notre choix (Gervais et Pépin, 2002). La technique a été légèrement modifiée, c'est-à-dire que les participants ne recevaient pas les questions avant les rencontres puisqu'il y avait un partage nécessaire d'informations avant de pouvoir poser les questions.

À l'issue de cette rencontre, un certain nombre de réponses ont été retenues par le groupe par suite d'un consensus. Elles ont été utilisées pour former un court texte répondant au premier objectif de recherche, soit d'apprécier l'atteinte des résultats de l'OP.



### 6.2.2.3 Analyse

Après la rencontre, les réponses retenues ont été utilisées pour formuler un texte définissant l'état de la situation en lien avec l'objectif 1 soit l'appréciation de l'atteinte des résultats visés par l'OP par chacun des groupes. Ces deux textes ont été analysés à partir de la grille d'analyse (A) en annexe 6. Cette grille reprend les buts de l'OP retrouvés dans le schéma du cadre d'analyse présenté à la figure 1 (section 3). La grille a servi de structure pour faire l'analyse des données selon des catégories préétablies, soit pour retranscrire les extraits de phrases qui pouvaient être regroupés sous les quatre différents buts de l'OP nommés plus haut (Miles et Huberman, 2003). Les extraits positifs ont été transcrits en vert et les extraits négatifs ont été transcrits en rouge et soulignés. Cet exercice a été fait pour les deux groupes dans deux colonnes différentes. La grille permet de visualiser facilement les différences et similitudes entre les deux groupes ainsi que les buts de l'OP les plus atteints ou les moins atteints.

Le texte rédigé à la suite de la première rencontre, ce que nous appelons le produit de la recherche, représentait la combinaison des textes de chacun des deux groupes à l'issue de la technique TRIAGE. Ainsi, ce texte représente la réponse des groupes à la question : *Comment percevez-vous l'atteinte des objectifs à la base de l'implantation de l'organisation des services par programmes, soit a) l'amélioration de la spécialisation, b) l'amélioration de la qualité des services, c) l'utilisation des meilleures pratiques dans nos interventions et d) la formation du personnel?*

## 6.2.3 Résultats pour l'objectif 1 : Appréciation de l'implantation

À l'issue de l'activité de la première rencontre, les phrases retenues par consensus de chacun des groupes ont été utilisées pour former les deux textes suivants. Nous avons souligné les phrases négatives afin de faire ressortir les éléments qui pourront être analysés avec les facilitateurs et obstacles qui auront été identifiés lors de la rencontre 2. Nous présentons les verbatim selon les buts visés par l'implantation de l'OP.

### 6.2.3.1 Texte synthèse du groupe d'employés :

*« En général, l'OP permet d'actualiser une culture de rigueur, favorisant l'atteinte des buts de l'organisation. L'implantation de l'OP est possible, un bon exemple est le*

*programme résidentiel pour les troubles graves du comportement qui est celui qui rejoint le plus actuellement l'ensemble des buts de services spécialisés (pas que le milieu de vie); l'approche multimodale correspondant aux meilleures pratiques est implantée et le personnel formé.*

### **Spécialisation des services :**

*Nous croyons que l'OP permet de développer une meilleure expertise donc une plus grande spécialisation des services, elle vient baliser la dispensation des services (épisodes) spécialisés. Bien que cela exige un changement complet de notre façon d'intervenir, l'OP nous permet d'acquérir de l'expérience plus spécialisée donc de développer les meilleures pratiques et ainsi de nous concentrer sur les besoins spécifiques de la clientèle ciblée et d'y répondre. Nous sentons la volonté de spécialisation, c'est-à-dire d'avoir davantage de personnes de référence au niveau clinique, cependant cela n'a pas d'effet pour tous. L'effet le plus important touche sans doute notre compréhension de la spécialisation des services, mais l'arrimage reste difficile en lien avec le développement des services de 1<sup>ère</sup> ligne, ce qui a des conséquences pour une partie de la clientèle.*

### **Qualité des services :**

*L'OP permet de répondre aux besoins actuels du client en ciblant les bons objectifs travaillés en équipe avec l'expertise de tous. Elle permet d'avoir des objectifs et balises clairs afin d'uniformiser les pratiques du centre. L'OP améliore la qualité de services, cependant, nous croyons que la qualité dépendra de plusieurs facteurs, dont la liaison entre les programmes et l'évaluation de chacun de ceux-ci. Le défi ou la difficulté se situe au niveau des échanges entre les différents programmes, puisqu'un usager peut bénéficier de plusieurs programmes.*

### **Formation du personnel :**

*Chaque employé tendra à mieux évoluer dans sa compétence individuelle et de groupe et ainsi mieux répondre aux besoins des usagers. Par contre la formation du personnel semble plus difficile à atteindre comme but.*

*Les intervenants ont davantage développé leurs connaissances et leurs habiletés dans un domaine par contre ils se sentent moins habiles et moins confiants lorsqu'ils doivent s'adresser à une situation qu'ils ne côtoient pas fréquemment. Aussi, l'OP lève quelques confusions dans la pratique de certains intervenants.*

### **Meilleures pratiques :**

*L'OP a permis de développer des programmes répondant aux besoins de la clientèle, basés sur les données probantes (recherches et meilleures pratiques), les implanter et les mesurer dans un processus d'amélioration continue. Elle a favorisé une ouverture et une remise en question de nos façons de faire afin d'aller vers des meilleures pratiques et passer du global au spécifique. Enfin, l'OP nous a permis de passer d'une prise en charge quasi totale des usagers à un modèle basé davantage sur la situation de handicap.*

### **Autres constats:**

*Enfin, l'OP a conduit à des changements de responsabilités et pour certains intervenants, le fait d'être très peu informés sur les avancements ou changements de l'organisation faisait en sorte qu'il était très difficile de répondre à cette question.*

### **6.2.3.2 Texte synthèse du groupe d'usagers et de proches**

#### **Spécialisation des services:**

*N'étant pas trop conscients de l'existence des programmes, nous ne pouvons pas dire que l'OP a atteint ses buts et répondu aux besoins et attentes. N'ayant pas vu de différence entre avant et après l'OP, nous ne pouvons pas évaluer l'impact. Il faudrait que la spécialisation des services soit chapeautée par une meilleure communication avec les usagers. En général, le personnel est compétent, mais soumis à des contraintes administratives rigides qui les empêchent de prendre des initiatives.*

*Pour certains parents, l'OP a un impact positif sur la spécialisation et formation en autisme, ils sentent qu'il y a enfin des services spécialisés en autisme. Cependant, il reste une inquiétude face aux services à long terme, ils sentent que le CRDITEDME désire les pousser au CLSC qui eux ne sont même pas organisés et informés. Ils mentionnent que le*

CRDITEDME devrait toujours aider l'utilisateur. Les parents s'inquiètent de la fin de services par exemple les services de résidences spécialisées et la perte complète de services pour les enfants de 8-12 ans qui ne présenteraient pas assez de besoins spécialisés.

### **Qualité des services :**

Avec l'OP l'éducatrice pourrait faire un meilleur travail, pour l'organisation c'est sûrement meilleur et plus structuré et il y a une amélioration de la qualité. Les services sont adéquats, mais les modifications sont rarement spécifiées, en tant que parents nous devons nous adapter. Il reste de la place à l'amélioration de la qualité des services, elle est difficile à obtenir, ça prend trop de temps pour avoir des réponses (1 mois passe à 6 mois pour avoir accès au programme). Nous n'avons guère vu que de l'alourdissement, trop de coupures de services et trop de changements d'éducateurs. Pour certains, les services sont bien, sont corrects, ils jugent qu'il y a eu amélioration des services, mais pour d'autres ça pourrait être mieux.

### **Formation du personnel :**

Nous croyons qu'il faut donner la chance aux programmes, car les intervenants ont besoin d'aide pour aider nos enfants. Cependant, pour certains, les services sont en silos pour chaque enfant d'une même famille, et ils estiment que ce n'est pas tout le personnel qui est compétent.

### **Autres constats :**

Présentement nous sommes abandonnés étant donné que le CRDI ne semble pas savoir où il va, vu qu'il ne sait pas quoi nous dire sur les changements à venir. Il manque d'information et de clarté quand on s'adresse aux parents et aux usagers. Le changement d'éducateur est difficile pour nos enfants, même s'il s'agit d'un adulte, car ils ont des besoins d'encadrement également. Pour plusieurs, nous n'avons pas encore vu les changements, car nous avons eu plusieurs changements d'éducateurs en peu de temps. Pour d'autres, les changements au niveau des programmes ont entraîné la perte de services. Nous imaginons que le meilleur est à venir. Cette organisation par programme nous aiderait à nous encadrer.

### 6.2.3.3: Résultats des deux groupes combinés pour l'objectif 1

Le texte faisant la synthèse des deux groupes est le suivant « *L'organisation par programme est vue de façon positive par les employés comme par les usagers et proches. Il est mentionné qu'elle contribue à **l'amélioration de la spécialisation et la qualité des services** et pour les employés, elle permet **d'inclure les données probantes dans la pratique**. Elle permet d'uniformiser les services et offre une structure à l'établissement. Pour les usagers et les proches, elle représente une aide pour les intervenants afin qu'ils développent leur expertise pour mieux les aider et aider leur enfant.*

*Malgré les qualités qui lui sont attribuées, l'OP reste un défi à implanter. L'élément qui ressort en majorité est le manque de communication auprès du personnel comme auprès des usagers et leur famille. Aussi, les employés comme les usagers et leurs proches s'inquiètent de l'abandon d'une portion de la clientèle en lien avec la spécialisation (hiérarchisation) des services. Certains se sentent abandonnés par le CRDITEDME et estiment que les CSSS ne sont pas prêts à leur offrir des services.*

***La formation du personnel** semble particulièrement difficile à atteindre comme but et certains intervenants se sentent plus compétents dans un domaine pointu, mais moins avec des problématiques qu'ils voient moins souvent.*

*Enfin, la problématique du changement fréquent d'intervenant est ce qui ressort comme élément majeur pour les usagers et leur famille. »*

### 6.2.4 Synthèse (objectif 1): apprécier l'atteinte des résultats visés par l'OP

Les objectifs de la mise en place de la structure par programme sont-ils atteints? L'analyse des résultats démontrent que l'objectif de l'OP de spécialiser les services est atteint. La spécialisation apparaît comme un facteur qui influence les autres objectifs de l'OP soit la qualité des services et l'utilisation des données probantes. L'OP est perçue comme permettant de favoriser l'amélioration de la qualité, mais il reste du travail d'implantation à faire pour observer des résultats optimaux. Il serait par exemple nécessaire d'améliorer l'accès aux services et faciliter l'arrimage entre les différents programmes. L'objectif d'améliorer la formation du personnel semble plus difficile à atteindre. Les intervenants semblent, pour certains, avoir développé une plus grande expertise spécifique, mais auraient

plus de difficultés avec des problématiques rencontrées moins fréquemment. Aussi, ils ne sont pas tous de compétences égales, selon le groupe d'usagers et de proches. Il reste une partie d'implantation à compléter afin de favoriser la compréhension de chacun et de s'assurer qu'il n'y a pas de trou de service pour certains usagers. Globalement, l'OP est perçue comme prometteuse pour l'amélioration des services par le personnel et aussi par les usagers et proches. Il existe toutefois un écart de perception entre les deux groupes, le groupe d'usagers et de proches ayant une vision plus négative. Ces derniers craignent la réduction de couverture de services qui serait selon eux attribuable à la spécialisation. Aussi, la communication des employés envers les usagers et leurs familles est vue comme fondamentale, mais insuffisante. Ce que révèle d'ailleurs le rapport pour le conseil québécois d'agrément analysé.

De nombreux obstacles sont encore à contourner pour affirmer d'une atteinte complète des buts de cette implantation, particulièrement au niveau de la communication.

Lorsque nous triangulons l'information avec l'analyse documentaire, nous voyons que la communication est au centre des défis à relever. Aussi, nous avons le même constat dans les deux modalités de cueillette, soit l'appréciation des programmes pour la rigueur clinique qu'ils permettent. En effet, autant au niveau de l'analyse documentaire que de la rencontre 1 nous avons eu des commentaires positifs mentionnant que les programmes permettent la spécialisation des services par l'intégration des données probantes au niveau des interventions.

## 6.3 OBJECTIF 2 : IDENTIFIER LES OBSTACLES ET FACILITATEURS VÉCUS PAR LES INTERVENANTS, GESTIONNAIRES AINSI QUE LES USAGERS ET PROCHES AU MOMENT DE L'IMPLANTATION DE L'OP

Dans cette section nous rappelons l'objectif visé, présentons la méthodologie ainsi que les résultats en lien avec la rencontre 2.

### 6.3.1 Objectif

Pour cette deuxième rencontre, l'objectif était d'identifier les facilitateurs et les obstacles qui ont influencé l'implantation de l'OP au CRDITEDME

### 6.3.2 Méthodologie

Cette rencontre comprenait plusieurs activités selon la même structure que la première rencontre. Il y avait d'abord un partage d'information, une activité de collecte de données et une analyse plus approfondie des résultats par la suite.

#### 6.3.2.1 Partage d'information

Les deux textes des résultats de chacun des groupes ainsi que le texte final présentant l'analyse des deux groupes combinés, qui sont les résultats principaux issus de la rencontre, ont été présentés à la rencontre 2. Cette activité permettait aux gens de se remettre en contexte, mais aussi les aidait à avoir conscience du point de vue de l'autre groupe. Du temps a été alloué pour discuter des résultats des autres permettant ainsi au groupe de cheminer dans leurs réflexions et leur analyse.

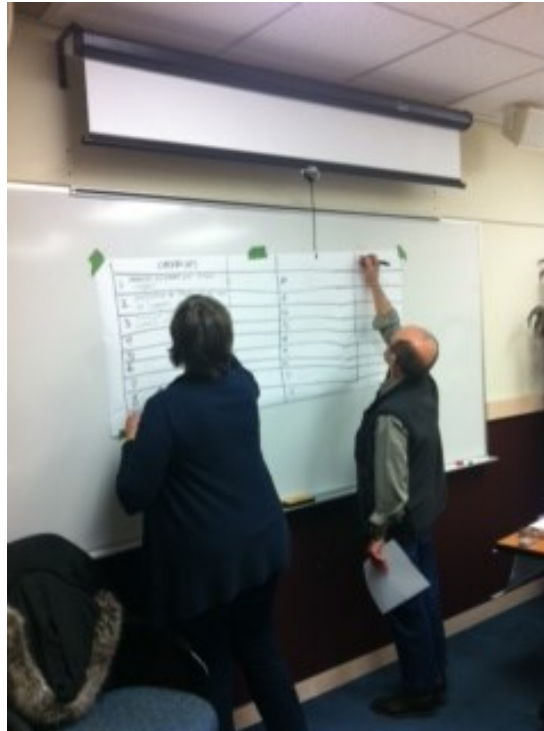
#### 6.3.2.2 Collecte de données

Pour cette deuxième rencontre, la procédure de fonctionnement a été présentée aux participants, elle se définissait en quatre grandes étapes:

1. **Lister les principaux éléments qui sont pour eux des obstacles ou facilitateurs** à la démarche d'implantation d'une structure par programme. Ils avaient du temps pour une réflexion individuelle et prenaient des notes sur une feuille.
2. **Inscrire les obstacles et facilitateurs identifiés** dans les colonnes respectives sur un tableau. Chaque personne devait inscrire elle-même quelques obstacles et facilitateurs au tableau (voir figure 5). La chercheuse a animé un échange pour clarifier chaque obstacle et facilitateur afin de s'assurer d'une compréhension commune et de jumeler ceux qui expriment la même idée.
3. **Prioriser à l'aide de picots en identifiant lesquelles semblent les plus importantes pour faire l'évaluation.** Les participants devaient prioriser ce qui leur semblait important en lien avec l'implantation d'une OP. Tous les participants avaient cinq picots pour les obstacles et cinq picots pour les facilitateurs. Ils pouvaient mettre le nombre de picots souhaité sur les obstacles ou facilitateurs qu'ils jugeaient importants. Une personne pouvait donc choisir de mettre les cinq picots sur un seul obstacle ou répartir ses 5 picots sur des obstacles différents.

**Figure 5**

Participants qui inscrivent les obstacles et facilitateurs en vue de l'activité de priorisation



4. **Évaluer les 12 éléments priorisés.** Les éléments avec le plus grand nombre de picots ont été retenus (6 obstacles et 6 facilitateurs). Un deuxième exercice de participation a alors eu lieu. Ce processus était différent pour les facilitateurs et pour les obstacles. Pour les facilitateurs, les participants devaient évaluer si les facilitateurs étaient présents de façon satisfaisante dans l'établissement en mettant une cote de 1 à 10, où 10 est «tout à fait satisfait » et 1 « pas du tout satisfait ». Pour les obstacles, les participants devaient identifier ceux sur lesquels ils pensaient que l'on pouvait agir afin d'éliminer l'obstacle. Cette fois-ci 1 signifie qu'il est difficile d'agir et 10 tout à fait possible d'agir. Chaque participant venait inscrire son évaluation dans un tableau en inscrivant ses initiales au haut de la colonne (voir figure 6). Ils devaient évaluer l'ensemble des 12 éléments. L'intérêt de faire cette évaluation de façon ouverte permet de discuter en groupe au sujet de chacun des éléments. Les participants devaient expliquer les résultats différents qui ressortent. Ils ont aussi la possibilité de modifier leur évaluation au cours des échanges. Cette façon de faire permet de respecter le principe de participation démocratique de l'EE (Fetterman, 2001).



**Figure 6**

Participants qui évaluent chacun des obstacles et facilitateurs priorités.



### 6.3.2.3 Analyse

À la suite de cette deuxième rencontre, une compilation a été faite en calculant les résultats moyens de chaque élément et en les retranscrivant dans des matrices. Ces tableaux ont permis de faire l'analyse des éléments qui ressortaient pour chacun des deux groupes. Aussi, il a été calculé le total des évaluations de chaque participant en additionnant la colonne avec leurs initiales. Alors, les totaux de chaque participant permettaient d'analyser s'il y avait une différence entre les intervenants et les usagers et proches face à la sévérité ou non de leur évaluation. Un résumé expliquant chacun des résultats a été rédigé et ensuite analysé à partir de la grille (B) (annexe 2) afin d'en ressortir des résultats globaux pour les deux groupes. Lors de la rencontre 2, il a été identifié qu'une problématique est survenue lors de la cueillette de données, plusieurs personnes ont identifié ce qui faciliterait l'implantation d'une OP et non les facilitateurs actuellement présents. Cependant, les informations recueillies sont tout de même très intéressantes et doivent être analysées comme des facilitateurs souhaités et non présents au moment de la cueillette de données. Comme produits de cette rencontre, une matrice par chacun des groupes a été complétée, incluant les totaux de chaque participant et un graphique illustrant la moyenne de chaque obstacle et facilitateur.

### 6.3.3 Résultats pour l'objectif 2 : Analyse des facteurs influençant le processus d'implantation de l'OP

Les résultats pour chacun des groupes, soit le groupe d'employés et le groupe d'utilisateurs et de proches sont présentés ci-dessous.

#### 6.3.3.1 Résultats du groupe d'employés

Nous présentons dans le tableau suivant les facilitateurs et les obstacles prioritaires par le groupe d'employés à la suite de la première activité de cette rencontre, soit l'utilisation des points pour prioriser. Les six facilitateurs et les six obstacles ayant le plus grand nombre de points ont été retenus.

**Tableau 5**

Facilitateurs et obstacles priorisés par le groupe d'employés

Facilitateurs	Obstacles
1) Entente et arrimage avec nos partenaires 2) Rencontres et formations = permettre assimiler le fonctionnement et ainsi pouvoir le transmettre (appropriation) 3) La souplesse hiérarchique 4) Un gestionnaire porteur du programme 5) Formation (plan plus accessibilité) +suivi (nombre et technologies) 6) Plan de communication (interne et usagers)	1) Manque de soutien clinique 2) Difficultés dans nos mécanismes de communication 3) Faible arrimage entre les programmes (corridor de services) 4) Absence ou manque de soutien dans le changement (chez le personnel) 5) Manque de souplesse, latitudes des intervenants (créativité)...dans application des programmes 6) Faible arrimage des intervenants impliqués dans plusieurs programmes en même temps (interdisciplinarité)

Ensuite, les six facilitateurs ont été retranscrit sur un tableau et pour chacun des facilitateurs, les participants devaient venir les évaluer selon si chacun était présent de façon satisfaisante en inscrivant une cote de 1 à 10 où 10 est « tout à fait satisfait » et 1 « pas du tout satisfait ». Les matrices ci-dessous représentent ces évaluations. Les lettres représentent les employés, les initiales qui étaient inscrites lors de l'activité ont été enlevées afin de préserver la confidentialité. Les résultats les plus élevés sont soulignés.

**Tableau 6****Score de satisfaction des facilitateurs par le groupe d'employés**

Pour les facilitateurs, ils ont été évalués à savoir s'ils étaient présents de façon satisfaisante dans l'établissement en mettant une cote de 1 à 10, où 10 est « tout à fait satisfait » et 1 « pas du tout satisfait ».							
Participants	Arrimage partenaires	Appropriation	Souplesse hiérarchique	Un seul gestionnaire	Formation et suivi	Plan de communication	Moyenne
A	10	10	7	10	10	8	<b>9.17</b>
B	10	10	6	6	10	10	<b>8.67</b>
C	10	10	8	7	10	10	<b>9.17</b>
D	10	10	9	10	10	10	<b>9.83</b>
E	10	10	9	6	10	9	<b>9</b>
F	10	10	6	7	9	10	<b>8.67</b>
G	10	10	8	7	10	10	<b>9.17</b>
H	10	10	8	9	8	8	<b>8.83</b>
I	10	10	8	9	8	10	9.17
J	10	10	8	10	10	10	9.67
K	10	10	8	10	10	10	9.67
L	10	10	8	7	8	10	8.83
M	10	10	8	7	10	8	8.83
N	8	8	10	5	8	7	7.67
<b>Moyenne</b>	<b>9.86</b>	<b>9.86</b>	<b>7.93</b>	<b>7.86</b>	<b>9.36</b>	<b>9.29</b>	

Il est possible d'observer dans le tableau 6, une certaine homogénéité dans les évaluations des employés. Les évaluations assez élevées illustrent également un grand degré d'accord sur le choix de ces facilitateurs et que plusieurs de ceux-ci sont perçus comme présents ou importants pour favoriser l'implantation de l'OP. Rappelons que plusieurs ont mal interprété la question de l'activité et ont parfois identifié les éléments qui seraient de bons facilitateurs et non les éléments présents comme facilitateurs au moment de la cueillette de données. Qu'ils soient présents ou non au moment de la cueillette de données, ces facilitateurs identifient tout de même les incontournables pour permettre l'implantation d'une OP.

Nous avons également fait la même activité pour les six obstacles, mais cette fois-ci, les participants devaient évaluer s'ils croyaient que l'on pouvait agir sur ces obstacles, afin de les éliminer en indiquant ici aussi une cote de 1 à 10. Cette fois-ci, 1 signifiait qu'il est difficile d'agir et 10 qu'il est tout à fait possible d'agir.

**Tableau 7**

Score des obstacles évalués par le groupe d'employés

Pour les obstacles, ils évaluaient sur lesquels ils croyaient que l'on pouvait agir, c'est-à-dire que l'on pouvait faire des actions afin d'éliminer l'obstacle. Cette fois-ci 1 signifie qu'il est difficile d'agir et 10 tout à fait possible d'agir.							
Participants	Manque de soutien clinique	Difficulté de communication	Arrimage entre partenaires	Manque soutien changement	Manque souplesse	Manque interdisciplinarité	Moyenne
A	10	10	8	7	7	10	<b>8.67</b>
B	8	10	10	8	7	10	<b>8.83</b>
C	10	10	8	8	7	8	<b>8.5</b>
D	9	10	6	7	7	9	<b>8</b>
E	10	7	6	8	1	6	<b>6.33</b>
F	8	7	7	8	6	9	<b>7.5</b>
G	9	8	8	8	7	9	<b>8.17</b>
H	8	10	8	7	7	10	<b>8.33</b>
I	8	10	9	9	7	7	<b>8.33</b>
J	10	5	7	5	7	6	<b>6.67</b>
K	10	5	7	7	7	8	<b>7.33</b>
L	9	9	10	8	7	8	<b>8.5</b>
M	8	8	7	6	5	8	<b>7</b>
N	10	7	5	3	5	2	<b>5.33</b>
<b>Moyenne</b>	<b>9.07</b>	<b>8.29</b>	<b>7.57</b>	<b>7.07</b>	<b>6.21</b>	<b>7.86</b>	

Au niveau des obstacles pour le groupe d'employés, il y a une moins grande homogénéité que pour les facilitateurs. Les évaluations restent assez élevées indiquant que pour les obstacles identifiés, il y a une assez grande confiance du groupe qu'il est possible de les contourner. La perception du manque de souplesse et de latitude pour les intervenants dans l'application des programmes semble plus difficile à contourner comme obstacle.

Lorsqu'il est analysé de façon plus globale l'ensemble des tableaux pour le groupe des employés, il est possible de ressortir que les deux facilitateurs identifiés comme les plus importants sont : 1) entente et arrimages avec nos partenaires et 2) rencontre et formations = permettre d'assimiler le fonctionnement et ainsi pouvoir le transmettre (appropriation). Les évaluations font voir un haut niveau d'accord face à ces deux éléments. Du côté des obstacles, les éléments représentant les défis sur lesquels le groupe voyait une plus grande possibilité d'agir sont : 1) manque de soutien clinique et 2) difficultés dans nos mécanismes

de communication. Ces évaluations tout de même assez élevées démontrent un bon optimisme à trouver des solutions pour contourner ces obstacles.

Il est important de noter qu'il y a encore ici des éléments externes à l'individu, rien qui puisse permettre de référer aux concepts d'*empowerment*, de participation et de responsabilisation. C'est le même constat que pour l'analyse documentaire. La plupart des facilitateurs, ainsi que les obstacles, semblent être associés à la responsabilité de la direction ou des gestionnaires.

À l'observation de l'ensemble des obstacles et des facilitateurs, il est possible d'observer un certain effet miroir entre eux. En effet, les facilitateurs souhaités sont parfois la solution des obstacles observés. Par exemple, le facilitateur 6 (plan de communication) est en lien avec l'obstacle 2 (difficulté dans les mécanismes de communication). Il y a aussi, le facilitateur 1 (entente et arrimage avec nos partenaires) qui est en lien avec les obstacles 3 et 6 (arrimage entre partenaires et le manque d'interdisciplinarité). Enfin, le facilitateur 3 (la souplesse hiérarchique) est la réponse de l'obstacle 5 (manque de souplesse, latitudes des intervenants).

Outre la grande homogénéité entre les évaluations des participants, le tableau illustre également une forte évaluation pour l'ensemble des facilitateurs, l'écart entre la plus haute et la plus faible cote étant assez petit (99% et 79%)

L'effet miroir entre les obstacles et facilitateurs, malgré qu'il ne soit pas parfait, suggère les correctifs à apporter pour solutionner les problématiques rencontrées, soit avoir de meilleurs modes de communication, avoir un meilleur arrimage avec nos partenaires internes et externes et laisser de la souplesse pour les initiatives des intervenants. Les résultats démontrent une cohérence logique, ce qui les rend plus parlants.

#### 6.3.3.3 Résultats du groupe des usagers et des proches

Les mêmes activités de priorisation et d'évaluation ont été animées auprès du groupe d'usagers et de proches. Les tableaux suivants illustrent les facilitateurs et les obstacles identifiés, lors de l'exercice de priorisation, à l'aide de picots. Les six facilitateurs et les six

obstacles ayant le plus grand nombre de picots ont été retenus. Ici également il y a eu de la confusion dans l'identification des facilitateurs présents versus ceux souhaités.

**Tableau 8**

Facilitateurs et obstacles priorisés par le groupe d'utilisateurs et de proches

Facilitateurs	Obstacles
1) Obtenir une plus grande collaboration et communication entre les programmes 2) Avoir plus grand budget pour obtenir plus de services (plus de travail) 3) Embauche de personnel spécialisé 4) Arrimage services entre CRDI CSSS et organismes communautaires/continuité et + emploi\$ 5) Davantage d'emplois pour les usagers par un programme de sensibilisation auprès des employeurs potentiels 6) Être à l'écoute de l'utilisateur ou du parent qui en a la responsabilité	1) Intégration au travail pas pour tous les usagers 2) Manque d'intervenants pivots pour chapeauter les différents intervenants autour de l'utilisateur 3) Épisode de service/continuité des services/développer réseau social autour de l'utilisateur 4) Plus de budget pour l'embauche de plus de spécialistes 5) Manque flexibilité et décisions prises parfois au détriment des usagers 6) L'attente pour l'accès à un programme

L'évaluation des éléments priorisés s'est également faite dans le groupe d'utilisateurs et de proches. On peut observer les résultats des évaluations des facilitateurs présents de façon satisfaisante dans le tableau 9.

**Tableau 9**

Score de satisfaction des facilitateurs par le groupe d'utilisateurs et de proches

Pour les facilitateurs, ils ont été évalués à savoir s'ils étaient présents de façon satisfaisante dans l'établissement en mettant une cote de 1 à 10, où 10 est « tout à fait satisfait » et 1 « pas du tout satisfait ».							
Participants	Plus de comm. entre programmes	Plus de budgets pour + de services	Embauche de personnel spécialiste	Arrimage des services entre partenaires	Programme de sensibilisation aux employeurs	Être à l'écoute	Moyenne
A	8	8	7	9	10	10	<b>52</b>
B	8	7	10	7	9	10	<b>51</b>
C	10	10	10	10	10	10	<b>60</b>
D	9	6	8	6	7	8	<b>44</b>
E	9	10	9	8	8	10	<b>54</b>
F	9	9	10	10	10	9	<b>57</b>
Moyenne	<b>53</b>	<b>50</b>	<b>54</b>	<b>50</b>	<b>54</b>	<b>57</b>	

Au niveau des facilitateurs pour le groupe d'utilisateurs et de proches, il est observé des évaluations très élevées et semblables tant pour les totaux par facilitateur, que ceux par participants. Les totaux par facilitateur indiquent que les 6 facilitateurs sont perçus de niveau assez similaire en termes de satisfaction, l'écart n'étant pas très important (8.33 à 9.5). Les totaux au niveau des participants identifient de leur côté une vision partagée des participants à l'exception d'une usagère qui a choisi de mettre des évaluations à 10 à chacun des éléments, que ce soit des obstacles ou facilitateurs. Elle a expliqué qu'elle était optimiste et qu'elle avait confiance que les difficultés pouvaient être réglées.

**Tableau 10**

Score des obstacles évalués par le groupe d'utilisateurs et de proches

Pour les obstacles, ils évaluaient sur lesquels ils croyaient que l'on pouvait agir, c'est-à-dire que l'on pouvait faire des actions afin d'éliminer l'obstacle. Cette fois-ci 1 signifie qu'il est difficile d'agir et 10 tout à fait possible d'agir.							
	Intégration au travail ce n'est pas pour tous	Intervenants pivots	Développement du réseau social de l'utilisateur	Plus de spécialistes	Manque de flexibilité	Attente pour accès à un programme	Moyenne
A	5	6	7	8	6	7	6.5
B	6	6	6	6	8	5	6.17
C	10	10	10	10	10	10	10
D	8	8	5	5	5	6	6.17
E	5	8	7	3	7	6	6
F	4	10	7	4	8	6	6.5
Moyenne	6.33	8	7	6	7.33	6.67	

Du côté des obstacles, il est possible de voir que les moyennes étaient un peu moins élevées que celle des facilitateurs, mais il restait une certaine homogénéité, mis à part la participante qui a donné à nouveau des notes de 10 partout. Ces résultats illustrent que le groupe voyait qu'il est plus difficile d'agir pour contourner les obstacles qu'ils ont identifiés. Malgré le fait que les cotes soient plus faibles, elles sont tout de même entre 60% et 80%.

Dans le groupe d'utilisateurs et de proches, les facilitateurs ayant la plus haute évaluation sont : 3) embauche de personnel spécialisé, 5) davantage d'emplois pour les utilisateurs par un programme de sensibilisation auprès des employeurs potentiels et 6) être à l'écoute de l'utilisateur ou du parent qui en a la responsabilité. Pour ce qui est des obstacles sur lesquels ils croient qu'il serait possible d'agir, il y a : 2) manque d'intervenants pivots pour chapeauter



les différents intervenants autour de l'utilisateur et 5) manque flexibilité et décisions prises parfois au détriment des usagers.

L'effet miroir qui a été obtenu dans le groupe d'employés est également présent dans le groupe des usagers et des proches. Il y a un lien direct entre le facilitateur 3 (embauche de personnel spécialisé) et l'obstacle 4 (plus de budget pour l'embauche de plus de spécialistes). Aussi, le facilitateur 1 (obtenir une plus grande collaboration et communication entre les programmes) peut être mis en lien avec l'obstacle 2 (manque d'intervenants pivots pour chapeauter les différents intervenants autour de l'utilisateur).

#### 6.3.3.4 résultats des deux groupes combinés pour l'objectif 2

Afin de compléter l'analyse des données de cette rencontre, l'ensemble des obstacles et des facilitateurs des deux groupes ont été classés en fonction des concepts clés de l'implantation d'une OP. La grille d'analyse de l'annexe 2 a été utilisée.

**Tableau 11**

Classification des obstacles et facilitateurs priorisés en fonction du cadre d'analyse  
pour les 2 groupes

Concepts	Obstacles	Facilitateurs
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrimage des intervenants impliqués dans plusieurs programmes en même temps</li> <li>• Manque d'intervenants pivots pour chapeauter les différents intervenants autour de l'utilisateur</li> <li>• Manque de souplesse, latitudes des intervenants (créativité)...dans l'application des programmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un gestionnaire porteur du programme</li> </ul>
Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de flexibilité et décisions prises parfois au détriment des usagers</li> </ul>	
Responsabilisation		
Participation		
Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés dans nos mécanismes de communication</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de communication</li> <li>• Être à l'écoute des attentes et besoins des usagers et des parents qui en ont la responsabilité</li> <li>• Meilleure communication et collaboration entre les programmes</li> </ul>
Caractéristiques de l'innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration au travail pas accessible à tous les usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Davantage d'emplois pour les usagers par un programme de sensibilisation auprès des employeurs potentiels</li> </ul>
Caractéristiques du système	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrimage entre les programmes</li> <li>• Épisode de service/continuité des services/développer réseau social autour de l'utilisateur</li> <li>• Plus de budget pour l'embauche de plus de spécialistes</li> <li>• L'attente pour l'accès à un programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entente et arrimage avec les partenaires</li> <li>• La souplesse hiérarchique</li> <li>• Budget pour plus de ressources/embauche personnel spécialisé</li> <li>• Avoir plus grand budget pour obtenir plus de services (plus de travail)</li> <li>• Arrimage services entre CRDI, CSSS et organismes communautaires/continuité</li> </ul>
Caractéristiques des individus		
Processus d'implantation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence ou manque de soutien dans le changement (chez le personnel)</li> <li>• Manque de soutien clinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontres et formations = <b>permettre d'assimiler le fonctionnement</b> et ainsi pouvoir le transmettre (appropriation)</li> <li>• Formation (plan plus d'accessibilité)</li> </ul>

#### 6.3.4 Synthèse pour l'objectif 2 : Analyse des facteurs influençant le processus d'implantation de l'OP

À l'observation des résultats des deux groupes, il est possible de voir qu'il n'y a pas une parfaite similitude au niveau des facilitateurs ou obstacles retenus. Chez le groupe d'usagers et de proches, quelques éléments sont nommés qui ne sont pas retrouvés pas dans le groupe d'employés. Par exemple, il est question de l'accessibilité au travail pour les usagers et d'un besoin d'écoute. Il y a aussi le besoin de consolider l'offre de service qui n'est pas présent chez les employés. Ce dernier groupe était davantage centré sur le processus d'implantation actuel de l'OP, tandis que le groupe d'usagers et de proches a identifié quelques éléments sur les effets de cette structure. Il y a également quelques obstacles et facilitateurs communs entre les deux groupes, soit une nécessité d'améliorer la communication, l'arrimage avec les partenaires, la souplesse et la latitude accordées aux employés pour mieux aider la clientèle.

La grille d'analyse utilisée permet de voir les éléments identifiés lors de l'activité de la rencontre 2 en lien avec les concepts issus de la recension des écrits. La grille permet de voir que c'est en lien avec les « *caractéristiques du système* » qu'il y a le plus d'éléments de nommés. Aussi, trois concepts n'ont aucunement été identifiés, il s'agit de la « *responsabilisation* », la « *participation* » et les « *caractéristiques des individus* ». Ces constats sont similaires avec ce qui est retrouvé dans l'analyse documentaire et dans les résultats de l'objectif 1. Ici aussi à l'utilisation de cette grille il semble y avoir une problématique au niveau du leadership. Il y a plusieurs obstacles d'identifiés en lien, mais peu de facilitateurs. Dans la littérature sur l'OP, le concept de leadership est mentionné en parlant de la nécessité qu'il y ait un gestionnaire de programme avec de grandes qualités tant au niveau clinique qu'administratif. Dans l'exercice fait à cette deuxième rencontre, il y a plusieurs obstacles de nommés faisant référence au leadership, mais surtout en parlant des intervenants. La nécessité d'avoir un seul gestionnaire porteur d'un programme a toutefois été mentionnée clairement comme un facilitateur. La situation de l'établissement au moment de la cueillette de données était que seulement quelques programmes étaient portés par un seul chef, les autres étaient sous la responsabilité de plusieurs chefs et actualisée dans plusieurs équipes. Ainsi, il est pertinent de poser la question si un manque de leadership clair

au niveau de la gestion d'un programme peut entraîner un manque de leadership au niveau des intervenants pivots.

L'activité de la 2<sup>e</sup> rencontre visait à identifier les obstacles et facilitateurs à l'implantation d'une OP. Les résultats de cette cueillette de données ont bien permis de répondre à cet objectif, et ce malgré l'erreur d'interprétation au niveau du facilitateur. En effet, il est possible de considérer que les éléments nommés représentent les obstacles et facilitateurs qui sont retrouvés dans l'implantation d'une innovation touchant un changement structurel de cette ampleur.

## 6.4 OBJECTIF 3 : PROPOSER DES PISTES DE SOLUTIONS POUR AMÉLIORER L'IMPLANTATION DE L'OP

### 6.4.1 Objectif

L'objectif de la troisième rencontre avec les participants, était de proposer des pistes de solutions pour améliorer l'implantation de l'OP.

### 6.4.2 Méthodologie

Cette dernière rencontre, toujours structurée de la même façon que les deux premières rencontres, comprenait le partage d'information, l'activité de cueillette de données et une analyse des résultats pour chacun des groupes suivis d'une analyse combinée.

#### 6.4.2.1 Partage d'information

Les produits de la rencontre 2 de chacun des groupes et les résultats de l'analyse ont été présentés aux groupes. S'il y avait des éléments de la recension qui ressortaient de l'analyse comme n'ayant pas été abordés aux 2 premières rencontres, ils pouvaient être rediscutés. Ceci permettait au groupe de se remémorer les concepts identifiés dans la littérature et avait pour but d'aider les participants dans leur réflexion sur les ajustements à apporter afin d'améliorer l'implantation de l'OP.

#### 6.4.2.2 Collecte de données

À partir de la présentation des constats de la rencontre 2 pour les deux groupes, le groupe d'employés devait proposer des pistes d'amélioration pour renforcer l'implantation de l'OP. Le groupe de clientèle devait de son côté mentionner ce qu'il recommanderait

comme pistes d'amélioration pour l'établissement à partir de leur point de vue comme utilisateurs de services. Pour l'animation de l'activité et en vue de faciliter l'obtention de consensus, la technique TRIAGE, à nouveau, a été utilisée.

#### 6.4.2.3 Analyse

Les deux listes de pistes de solutions proposées lors de la cueillette de données ont été classées dans la grille d'analyse de l'annexe 2. Ensuite, les solutions proposées qui étaient similaires ont été regroupées, afin d'en arriver à une liste commune pour les deux groupes. L'analyse a été faite en lien avec les résultats de l'étape 2 et le cadre d'analyse afin de ressortir des conclusions pour l'ensemble de la démarche. Un plan d'amélioration combinant les deux groupes a été rédigé. Comme produits de cette dernière rencontre, un plan d'amélioration incluant les travaux des deux groupes a été rédigé.

### 6.4.3 Résultats pour l'objectif 3: propositions pour l'amélioration de l'implantation de l'OP

La troisième et dernière rencontre a permis d'identifier des pistes d'amélioration intéressantes pour ajuster l'implantation de l'OP.

#### 6.4.3.1 Résultats du groupe d'employés

Le groupe d'employés a fait la mise en commun de nombreuses idées en huit grandes pistes d'améliorations :

1. Actualiser l'approche par programme une fois que tout est prêt (ex.: ressources financières, humaines, et matérielles), pour tout le monde en même temps;
2. Développer une meilleure collaboration avec la 1<sup>re</sup> ligne, favoriser la mise en place d'un intervenant pivot pour la continuité et l'arrimage des services (CRDI, CSSS, communautaire et autres);
3. Faire en sorte que le personnel terrain s'approprie davantage le programme dans lequel il se trouve et puisse l'expliquer pour ainsi en avoir une meilleure compréhension (formation ++);
4. Définir les pratiques attendues et les profils de compétences de chacun des intervenants à l'intérieur des programmes;

5. Faire en sorte que chaque équipe interdisciplinaire d'un programme relève d'un même gestionnaire. Définir les rôles et les responsabilités généraux et spécifiques de chacun. Reconnaître les compétences et l'expertise de chaque titre d'emploi dans l'application des programmes;
6. Augmenter le leadership de l'intervenant pivot afin de favoriser l'arrimage, ceci dans le but d'éviter les silos. L'intervenant pivot n'est pas rattaché à un programme (membre de l'équipe inter);
7. Communiquer à l'ensemble du personnel, des usagers, des proches, des partenaires;
  - ce qu'est l'OP
  - les raisons qui nous amènent à utiliser une approche de la sorte
  - comment (étapes d'implantation)
  - qu'est-ce que les programmes spécifiques
  - rendre les infos accessibles (intranet)
8. Travailler à soutenir les équipes dans l'application des programmes: formation, codéveloppement, coaching terrain.

#### 6.4.3.2 Résultats du groupe des usagers et des proches

De son côté le groupe d'utilisateurs et de proches a identifié six pistes de solutions afin d'améliorer l'implantation de l'OP :

1. Rendre disponible plus de personnel terrain et d'encadrement des usagers et familles;
2. Avoir plus d'intervenants pivots agissant afin d'être plus orientés vers les services communautaires (famille entourage, habitation adaptée et sécuritaire, activités sociales et travail adapté);
3. Rendre disponibles de la formation, de l'information, des communications pour le personnel, les usagers et les familles. Langage simple, adapté, compréhensible;
4. Permettre plus d'initiatives et de temps pour le personnel qui travaille auprès des usagers et leur famille. Éviter les changements dans le quotidien des usagers (ex, : changer les congés). Prendre les décisions en consultant les usagers et familles, plus d'implication dans les décisions;

5. Rendre disponible plus d'intervenants pivot réseau qui coordonnent et font le suivi des trois lignes de services (médical, psychologique, thérapeutique) pour développer l'utilisateur vers l'autonomie;
6. Investir davantage d'argent pour le répit spécialisé pour les familles.

#### 6.4.3.2 Résultats des deux groupes combinés pour l'objectif 3

Le premier constat est qu'il y a une certaine similarité entre les pistes d'amélioration des deux groupes. Sont présentes des propositions d'amélioration formulées différemment, mais qui nomment à quelques reprises la même idée. Par exemple, le leadership donné à un intervenant pivot, améliorer le partenariat avec la première ligne et les différents organismes communautaires; la définition des rôles et responsabilités des différents intervenants et enfin améliorer la communication, la formation et l'appropriation des programmes.

Au niveau des différences, le même type de résultats qu'à la rencontre 2 sont identifiés. En effet, les usagers et les proches sont à nouveau axés sur leurs besoins au niveau de la consolidation de l'offre de services actuelle (de l'argent pour le répit spécialisé pour la famille, éviter les changements d'intervenants et impliquer les usagers dans les prises de décisions). Pour les employés, le processus d'implantation ressort à nouveau dans les suggestions d'amélioration (mettre en place la structure par programme une fois que tout est prêt, soit que les programmes sont rédigés et que les ressources sont disponibles). Le groupe d'employés a aussi fait ressortir quelques recommandations en lien avec le leadership et la communication. Ces concepts identifiés dans l'analyse comme étant plus problématiques ont été ciblés par des pistes d'améliorations intéressantes.

Dans la poursuite de l'analyse, le classement des pistes d'amélioration avec la grille d'analyse (annexe 2) a été effectué selon les différents concepts du cadre d'analyse. Il y a sensiblement la même distribution que pour l'objectif 2 et l'analyse documentaire. C'est-à-dire qu'une seule piste d'amélioration est en lien avec la responsabilisation des intervenants et aucune au niveau de leur participation à l'identification de solutions. Les pistes d'amélioration restent encore ici majoritairement extérieures aux intervenants et souvent attribuées à la responsabilité de l'organisation et des dirigeants.

Finalement, les éléments similaires identifiés par les deux groupes ont été regroupés et un plan d'action pour l'amélioration de l'implantation de l'OP a été rédigé en identifiant les concepts de référence entre parenthèses :

1. Actualiser l'approche par programme une fois que tout est prêt (ex.: ressources financières, humaines, et matérielles) et ce pour tout le monde en même temps (processus d'implantation);
2. Avoir plus de personnel terrain et d'encadrement des usagers et des familles (caractéristiques du système);
3. Mettre disponible un intervenant pivot qui sera le lien avec l'ensemble des partenaires interne et externe (leadership, ici de l'intervenant et non du gestionnaire);
4. Faire en sorte que le personnel terrain s'approprie davantage le programme, afin qu'il soit mieux présenté et expliqué aux usagers et leurs proches (communication/ responsabilisation);
5. Faire en sorte que chaque équipe interdisciplinaire d'un programme relève d'un même gestionnaire (leadership);
6. Définir les pratiques attendues et les profils de compétences de chacun des intervenants à l'intérieur des programmes, tout en laissant assez de latitude aux intervenants pour qu'ils puissent s'adapter aux besoins des usagers (caractéristiques de l'individu et de l'innovation);
7. Impliquer les usagers dans les prises de décisions (*empowerment*, de l'utilisateur et non de l'intervenant/ processus d'implantation);
8. Communiquer à l'ensemble du personnel, des usagers, des proches, des partenaires (communication/ processus d'implantation);
  - ce qu'est l'OP
  - les raisons qui nous amènent à utiliser une approche de la sorte
  - comment (étapes d'implantation)
  - qu'est-ce que les programmes spécifiques
  - rendre les informations accessibles (intranet)
9. Travailler à soutenir les équipes dans l'application des programmes: Formations-codéveloppement-coaching terrain (processus d'implantation);
10. Investir plus d'argent pour le répit spécialisé pour les familles (autre).



#### 6.4.4 Synthèse (objectif 3) : proposer des pistes de solutions pour améliorer l'implantation de l'OP

Cette dernière rencontre, avec les deux groupes de participants, visait à proposer des pistes de solutions pour améliorer l'implantation de l'OP. L'activité effectuée a aussi favorisé la transmission d'informations aux participants et ainsi a amélioré leurs connaissances sur la transformation en cours dans l'établissement.

Fait intéressant, les pistes d'amélioration sont cohérentes avec les différentes difficultés et obstacles identifiés dans les activités concernant les objectifs 1 et 2. Par exemple il y a des suggestions d'amélioration de la communication, un élément qui ressortait comme nécessaire à corriger. Aussi, les deux groupes ont suggéré des pistes d'amélioration directement liées avec les deux principaux obstacles identifiés dans chacun des groupes (manque de soutien clinique, difficultés de communications, intervenant pivot et manque de flexibilité). Ceci donne de la force à ces recommandations.

Il est intéressant d'observer que bien qu'ils n'aient jamais entendu parler d'OP, le groupe d'usagers et de proches est arrivé à des consensus de groupe orientés sur les besoins d'amélioration de l'implantation d'une OP. Ainsi, la démarche globale des trois rencontres a fait cheminer les employés autant que les usagers et les proches face à leur compréhension et leurs connaissances d'une OP.

## 7-DISCUSSION

La discussion sera structurée en trois sections. Premièrement, nous reviendrons sur les principaux résultats de cette étude que nous mettrons en perspective des écrits pertinents. Deuxièmement, nous discuterons l'apport de l'approche d'EE. Finalement, les forces et limites de l'étude seront discutées.

Ce projet de recherche évaluative visait l'implantation de l'OP abordée comme une innovation tout en appuyant l'implantation de l'OP et en engageant les acteurs clés dans le processus évaluatif. Il visait l'atteinte des objectifs suivants : 1) apprécier l'atteinte des résultats visés par l'OP; soit : l'amélioration de la qualité des services, la spécialisation des services, l'utilisation des meilleurs pratiques, la formation du personnel; 2) identifier les obstacles et facilitateurs vécus au moment de l'implantation de l'OP; 3) proposer des pistes de solutions pour améliorer l'implantation de l'OP.

Nos résultats indiquent une implantation partielle de l'organisation par programme. Il semble que ce changement de structure a permis d'améliorer la qualité des programmes, la spécialisation des services et l'utilisation des données probantes, mais l'implantation reste incomplète sur plusieurs aspects. Cette observation concorde avec ce que les écrits indiquent quant à la difficulté d'atteindre un niveau complet d'implantation de l'OP. Rappelons que, Charns et Tewksbury (1991) soulignaient que la plupart des organisations introduisaient une telle transformation sans que l'implantation ne soit complète.

Plus précisément, concernant l'objectif 1 soit l'atteinte des résultats visés, il a été observé que plusieurs éléments de la collecte de données démontrent que les programmes favorisent la qualité et la spécialisation des services, ainsi que l'implantation des données probantes. C'était en fait les buts premiers de ce virage qu'a pris l'établissement en choisissant d'aller vers une structure par programme. Ce constat est important à considérer dans les choix à venir pour l'établissement. Il milite en faveur de poursuivre les efforts dans cette voie. La formation des intervenants en lien avec le ou les programmes dans lesquels ils sont appelés à travailler est un but qui semble plus difficile à atteindre. En effet, plusieurs

données identifient un manque de formation, mais aussi le manque d'appropriation des programmes.

En ce qui a trait à l'objectif 2, les participants des deux groupes ont identifié des facteurs faisant obstacle ou appuyant l'implantation par programme. Toutefois, lors de la rencontre avec des usagers et des proches, il y a eu ambiguïté dans l'interprétation de la question concernant les facilitateurs et que certaines réponses étaient des éléments souhaités plutôt qu'observés. Ceci nous amène à considérer ces résultats pour mieux identifier les défis à venir pour l'organisation. Ainsi, l'existence de défis principalement au niveau de la communication auprès des employés et de la clientèle, en plus de la formation et du soutien clinique des intervenants a été relevée. Dans l'analyse des données, il a été observé que les concepts de responsabilisation, des caractéristiques de l'individu et la participation sont très peu ressortis. Il est possible que ce résultat ait été influencé par le fait que le groupe d'employés ait été composé à la fois d'intervenants et de gestionnaires. Les intervenants peuvent avoir gardé une réserve dans leurs interventions en respect de la hiérarchie. Toutefois, il est intéressant de voir que les usagers et proches ne mentionnent pas beaucoup d'éléments en lien avec leur responsabilisation et leur participation à la résolution de problèmes ou à la prise de décisions. Par exemple, ils nomment le souhait d'être consultés sur leurs besoins, mais pour le reste, comme pour le groupe des employés, les solutions semblent passer par la haute direction et même par le ministère de la Santé et de Services Sociaux dans l'allocation de fonds supplémentaires, comme si la clientèle avait intégré la culture « *top-down* » de l'établissement.

Concernant l'objectif 3 qui visait à proposer des pistes d'amélioration, les recommandations faites par les participants sont en lien avec les défis identifiés à l'objectif 2 mais aussi avec les constats de cette étude. Par exemple, les recommandations 4 et 7 vont dans le sens d'améliorer la responsabilisation. En effet, la recommandation 4, le fait d'améliorer l'appropriation des programmes par les intervenants pour mieux les expliquer fait référence au concept de responsabilisation de l'intervenant et correspond aux conditions gagnantes qui ressortent dans la littérature. Aussi, pour la recommandation 7, le fait d'impliquer les usagers et les proches dans la recherche de solutions, va également dans ce

sens et dans l'esprit de développer leur *empowerment*. Il est intéressant de voir que ces recommandations émanent des participants après les différentes activités inspirées de l'*EE*.

En ce qui concerne les facteurs favorisant l'implantation, la littérature recensée suggère qu'une condition gagnante pour la réussite de l'implantation d'une OP est que le chef de programme possède un leadership fort tout en utilisant une approche participative et en responsabilisant les membres de son équipe dans l'identification des problèmes et leurs solutions (Guo et Anderson (2005). Les résultats de l'étude démontrent que l'implantation de l'OP a pour le moment un effet sur la qualité et la spécialisation des services, mais qu'il reste des changements à réaliser au niveau de la culture de la gouvernance, ce qui nécessite d'aller vers une culture davantage « *bottom-up* ». L'établissement avait une culture « *top down* » et une culture de prise en charge comme logiques dominantes. Ces deux logiques sont à éliminer et elles devraient faire place à de nouvelles logiques, soit l'organisation apprenante et la responsabilisation. Charns & Tewksbury (1991) ont observé que des traces, plus ou moins importantes d'une organisation fonctionnelle/hierarchique, continuent d'être présentes dans toutes les organisations ayant amorcé des changements vers une OP. C'est également ce qui est observé dans le présent cas. La culture fonctionnelle hiérarchique semble prendre encore beaucoup de place dans l'établissement. En effet, la culture « *top down* » associée à une structure fonctionnelle semble toujours vivante malgré le fait que l'établissement implante une OP. Ces résultats font ressortir un paradoxe intéressant. L'établissement a fait le choix de façon « *top down* » d'implanter une structure organisationnelle qui favorise davantage la gestion « *bottom-up* ».

Afin de changer la logique dominante de prise en charge envers les usagers, il pourrait être intéressant d'implanter une approche centrée sur le patient qui semblent mobiliser davantage les intervenants et partager la responsabilité de la prise de décisions avec les usagers (Sidani et Fox, 2014). Les hôpitaux performants aux États-Unis ont fait cette démarche après avoir finalisé leurs changements structurels vers l'OP (Cosgrove, 2011). Un exemple est le « *patient centered care* » qui implique une participation active des usagers dans leur plan d'intervention. Cette approche a été définie par Sidani et Fox (2014), par suite d'une revue intégrative de la littérature incluant 178 articles. Ils en sont arrivés à la définition

suivante concernant l'approche centrée patient : « *Patient centered care (PCC) consist of three components reflective of its specific elements: holistic, responsive and collaborative care. The activities constituting each component are specified, giving directions for the application of PCC components in practice* » (Sidani et Fox, 2014, p.138). Les auteurs identifient des activités concrètes permettant l'implantation de cette approche soit : 1) de développer un partenariat efficace entre les usagers et les professionnels de la santé ; 2) d'offrir des choix aux usagers et de les respecter ; 3) de s'entendre sur la nature du problème ; 4) de collaborer à la recherche de solution en explorant la compréhension de l'utilisateur face au problème ; 5) de négocier l'objectif et les options du traitement ; 6) de partager l'information avec l'utilisateur de façon complète et pertinente et au bon moment afin de favoriser sa participation dans la prise de décision ; 7) d'éduquer les usagers face à leurs conditions afin de les aider à prendre la responsabilité de leur santé et à faire des choix ; 8) de partager le pouvoir et les responsabilités (Sidani et Fox, 2014). Les différentes activités décrites ci-haut illustrent bien comment concrètement il serait possible de responsabiliser les usagers et les proches. L'approche permettrait également l'amélioration de la communication, un des déterminants qui reste aussi à mettre en place dans l'implantation de l'OP.

Pour ce qui est de la culture hiérarchique, une solution qui pourrait s'avérer intéressante serait de développer une culture d'apprentissage organisationnel. Comme cela a été mentionné dans les écrits de Champagne, (2002), il s'agit d'un modèle qui permet de favoriser la gestion du changement. Aussi, selon un rapport de l'agence de la fonction publique du Canada (Gouvernement du Canada, 2007), l'organisation apprenante passe par un changement de culture à trois niveaux, soit la personne, le groupe et l'organisation. Dans le changement au niveau des personnes, il est mentionné d'une certaine façon le concept de responsabilisation : « Une transformation personnelle (changement d'esprit et d'attitude) doit être à la base de l'organisation apprenante. Bref, les personnes doivent s'interroger et chercher constamment à comprendre pour quelles raisons les choses se font d'une certaine manière. Elles doivent apprendre à apprendre. De surcroît, elles doivent considérer l'apprentissage comme un moyen d'atteindre une forme de maîtrise personnelle, c'est-à-dire une façon de prendre en main leur propre destinée » (Gouvernement du Canada, 2007, p. 15). Le nombre d'heures de formation n'est pas en soit suffisant pour apporter le changement de

culture nécessaire pour devenir une organisation apprenante. L'établissement devra repenser à son objectif d'améliorer la formation du personnel, peut-être en transformant l'objectif pour devenir une organisation apprenante.

Les différentes études consultées concernant la diffusion d'innovation et la gestion du changement, incluant l'étude de Greenhalgh et coll, (2004) identifient de nombreux concepts facilitant l'implantation réussie d'un changement, dont la communication, la possibilité de faire un projet pilote, la participation des acteurs clés etc. À la lumière de ces écrits et des résultats de la présente étude, l'établissement pourrait réviser certaines façons de faire, afin de corriger les obstacles identifiés. D'abord, il serait important que l'implantation de l'OP soit suivie dans le cadre d'une gestion de projet et qu'il y ait un plan d'action complet qui soit communiqué à l'ensemble du personnel et de la clientèle. Cette communication permettrait d'améliorer la compréhension des employés et de la clientèle face au changement de structure organisationnelle. Aussi, le fait de favoriser une meilleure communication à chacune des étapes et d'impliquer les acteurs clés dans l'identification des enjeux possibles et dans la recherche de solutions permettrait de répondre au manque de responsabilisation et de participation identifiés précédemment. Enfin, l'étude de Greenhalgh et coll. (2004) identifie clairement l'importance du processus d'implantation, mais aussi la nécessité de l'évaluer à différentes étapes afin de permettre l'ajustement. Il serait recommandé que l'établissement définisse les différentes étapes d'implantation de leur structure organisationnelle et qu'ils en fassent le suivi serré à l'aide d'une structure de gestion de projet. Les évaluations de programmes pourront également venir supporter cette démarche et leur permettre d'analyser le niveau d'implantation de chacun d'eux. Actuellement dans l'établissement, une évaluation de l'implantation de chaque programme a lieu après sa première année d'implantation, et par la suite les évaluations sont réalisées à nouveau en mesurant les effets des interventions à toutes les trois à cinq années.

Il serait également important que l'établissement se penche sur les perceptions des intervenants face à leurs capacités de travailler dans un programme spécialisé. Les résultats suggèrent que la formation du personnel est un défi et qu'ils ont besoin davantage de soutien clinique. Dans l'article de Greenhalgh et coll. (2004), un des déterminants identifiés est celui

des « *adopters* », ils identifient plusieurs éléments à considérer face à la capacité du personnel à utiliser l'innovation. Il faut s'assurer qu'ils comprennent l'innovation, qu'ils ont accès à l'information, qu'ils ont du soutien et de la formation. Une personne qui ne se sent pas capable d'appliquer une nouvelle pratique, pourra avoir tendance à la rejeter et à résister au changement. D'ailleurs, la recommandation 8) du plan d'action illustre bien ces éléments soit : « communiquer à l'ensemble du personnel, des usagers, des proches, des partenaires ce qu'est l'OP, les raisons qui amènent à utiliser une approche de la sorte, comment (les étapes d'implantation), qu'est-ce que les programmes spécifiques, rendre les informations accessibles (intranet) ».

Dans la présente recherche, les participants ne comprenaient pas clairement l'innovation avant les différentes activités, ce qui a probablement contribué aux difficultés d'implantation. Cependant, les trois rencontres animées à partir des stratégies inspirées de l'EE semblent avoir permis de mieux faire comprendre l'OP par les participants. Les études sur l'implantation de l'organisation de services en santé nous ont apporté des apprentissages notables. Nous avons vu dans la recension que Calfjord et coll. (2010) identifiaient l'importance qu'il y ait une perception positive et des avantages perçus face à l'innovation, par les acteurs clés, afin de favoriser une implantation satisfaisante. L'étude de Powell et coll. (2009) allait également dans le sens qu'il était nécessaire que les intervenants soient en accord avec le changement.

Les difficultés identifiées dans la présente étude au niveau de la communication avec les intervenants et avec la clientèle étaient aussi concordantes avec les écrits. Kaner et coll. (2003) ont identifié que les communications indirectes (par écrit) n'étaient pas suffisantes et qu'un plan d'implantation bien défini était essentiel. Ils ont aussi fait ressortir que les prises de décisions de type hiérarchique étaient un obstacle à une implantation réussie.

Enfin, l'importance de bien planifier l'implantation et qu'il était nécessaire de partager le leadership ressort dans la présente étude tout comme pour l'étude de Camden et coll. (2011).

Il ressort cependant un élément plus distinct de la présente étude : le concept de « responsabilisation ». Ce concept, identifié dans la littérature sur l'OP, est à explorer davantage dans de nouvelles études sur l'implantation et lors de changements de structures organisationnelles. En effet, bien que l'on identifie la responsabilisation comme une condition gagnante pour l'implantation d'une organisation par programme, nous n'avons pas trouvé d'écrits sur la philosophie de gestion dans les OP et comment arriver à faire ce changement, soit de responsabiliser les intervenants dans l'identification des problèmes et dans la recherche de solutions.

En résumé, il n'est pas étonnant que l'implantation de l'organisation par programme soit encore incomplète. Aussi, il n'est pas exceptionnel d'observer des traces importantes de la structure hiérarchique qui prévalait avant l'implantation de l'OP, ce qui est tout à fait conforme avec la littérature (Kaner et al, 2003). Il est toutefois possible de pousser plus loin son niveau d'implantation en travaillant sur des aspects suggérés par la littérature, soit mettre en place une culture d'organisation apprenante et favoriser l'approche centrée patient. Enfin, de bons plans d'implantation et de communication favoriseront la bonne compréhension de ce changement par les intervenants et la clientèle.

La présente étude a permis une avancée des connaissances au sujet de l'organisation par programme et ses défis d'implantation. Peu de projets de recherche se sont penchés sur cette forme de structure organisationnelle. Les défis d'implantation sont bien illustrés dans les écrits, mais peu démontrent les conditions gagnantes pour l'implantation et le changement de la culture d'établissement requis. Ainsi, cette étude a su renforcer les conclusions des précédents écrits sur l'OP et l'implantation de changements structurels, mais aussi de mettre l'accent sur les concepts de participation et de responsabilisation, qui sont certainement la clé pour aller plus loin vers les services centrés sur les besoins de la clientèle. Les hôpitaux performants aux États-Unis, ont implanté ce type de structure et par la suite, ils ont travaillé l'approche centrée patient. Ils affirment que c'est ainsi qu'ils sont arrivés à développer une culture d'innovation de recherche et de performance (Cosgrove, 2011). Nous suggérons de renforcer l'implantation par programme par l'adoption de telles approches.



La méthode de recherche choisie, l'*EE*, visait à procéder à l'analyse d'implantation de l'OP, mais aussi à permettre d'améliorer son implantation. Le processus de recherche, tel qu'organisé, a permis de donner aux participants des informations sur la théorie de l'OP, de les impliquer dans l'identification des difficultés d'implantation, tout en amorçant une réflexion sur les solutions pour répondre aux défis qu'ils ont eux-mêmes identifiés. Plusieurs participants ont partagé avoir grandement apprécié les activités et déclaré mieux comprendre l'organisation des services. Les intervenants demandaient que les contenus des présentations soient diffusés à leurs équipes. Les usagers et leurs proches ont dit mieux comprendre le fonctionnement de l'établissement.

Afin d'avoir une démarche rigoureuse, l'approche de recherche que nous avons utilisée était fortement inspirée de l'*EE* telle que décrite dans le livre de Fetterman (2001b). Une attention particulière a été portée afin de respecter l'ensemble des dix principes de l'ouvrage de Fetterman et Wandersman (2005). Ici les 10 principes et les façons dont l'intégration de ces principes a été faite dans le projet sont brièvement nommés.

1. **L'amélioration** (aider à atteindre les résultats visés par les programmes) :  
Par la 3<sup>e</sup> étape des stratégies utilisées, les deux groupes ont été mis à contribution pour travailler à la préparation d'un plan d'action en vue d'améliorer le niveau d'implantation de l'OP
2. **L'appropriation par la communauté** (la communauté a le droit d'influencer les décisions concernant les actions qui vont avoir un impact dans leur vie) :  
Des participants de tous les titres d'emploi, travaillant dans plusieurs programmes différents et en provenance de l'ensemble du territoire couvert par l'établissement ont été sélectionnés. Une attention particulière a été portée pour impliquer dans cette recherche les usagers et proches qui étaient également participants.
3. **L'inclusion** (il est important d'impliquer des intervenants, gestionnaires et membres de la communauté) :  
Les usagers ont été accompagnés par un intervenant neutre, afin qu'ils puissent obtenir l'aide nécessaire à leur bonne compréhension des activités de cueillette de

données, favorisant ainsi leur participation. Les usagers qui présentent une déficience intellectuelle légère ainsi que les proches d'usagers présentant tous types de déficiences ont été participants, et ce en grande proportion.

4. **La participation démocratique** (s'assurer de la diversité dans le choix des participants en incluant les gens qui peuvent être plus souvent exclus. S'assurer que chaque participant ait une participation aux prises de décisions) :

L'ajout de la technique d'animation TRIAGE, permettait d'offrir la possibilité à chacun de donner son opinion, de faire des choix et de faire des évaluations. L'animation a permis une participation la plus égale possible de chacun, qu'il soit intervenant, gestionnaire, proche ou usager. L'utilisation des stratégies de l'*EE*, a également permis aux participants de défendre leurs idées ou de questionner celles des autres, et ce dans le plus grand respect de l'opinion de chacun.

5. **La justice sociale** (ce principe rappelle d'inclure les personnes qui vivent des injustices ou des problématiques comme des handicaps, l'alcoolisme, l'itinérance, la violence conjugale...) :

Les usagers avec une déficience sont peu consultés, que ce soit en recherche, dans la pratique évaluative ou bien au sein des établissements de santé. Puisque ce changement de structure organisationnelle avait un impact majeur sur certains services et sur la culture de prise en charge dans l'établissement, il était important de donner la parole à la clientèle et de connaître leurs perceptions face à ces changements. Le rapport usager et proche était de 50% même lors des deux dernières rencontres, il y avait 3 usagers et 3 proches. Leur participation a donc été équilibrée ainsi que la proportion de propos retenus provenant des usagers.

6. **Les connaissances de la communauté** (utiliser le savoir et les connaissances des membres de la communauté) :

L'étude a favorisé l'utilisation des connaissances et le savoir de l'ensemble des participants à travers les différentes activités qui étaient toutes de nature très participative.

7. **Des stratégies fondées sur des preuves scientifiques** (utiliser les données probantes dans le développement des programmes qui ont démontré des effets pour d'autres communautés) :

Les données de la littérature scientifique ont été utilisées pour présenter le sujet de l'étude. Les activités de cueillette de données ont été menées à partir de méthodes d'animation de groupe reconnues. Enfin, une analyse des données a été faite de façon rigoureuse.

8. **Le renforcement des capacités** (développer les capacités des participants à mener leurs propres évaluations) :

Les activités d'évaluation ont été faites par les participants, mais il n'est pas possible d'affirmer que la capacité individuelle des participants à faire des évaluations est renforcée. Il est estimé cependant que l'étude peut avoir contribué à ce qu'ils comprennent mieux les programmes qu'ils doivent implanter et la nouvelle structure organisationnelle. Elle peut également leur avoir permis de développer des connaissances susceptibles de les outiller pour faire face aux défis de l'implantation d'une OP.

9. **L'apprentissage organisationnel** (aide les communautés et organisations à être plus réceptives aux changements et aux défis) :

Le fait d'avoir passé trois rencontres à discuter de l'OP et d'avoir structuré les échanges aura certainement permis aux participants d'apprendre et de comprendre l'impact et les défis liés aux changements organisationnels. Il n'est cependant pas possible d'affirmer que ces trois rencontres sont suffisantes pour avoir un impact sur les changements et défis futurs.

10. **La responsabilisation** (ce principe rappelle que les gens sont responsables individuellement, mais aussi comme groupe) :

L'étude a assurément permis de discuter et sensibiliser les participants face à ce principe dans la présentation des résultats des activités. Aussi, il est possible de dire que dans le choix des questions des trois activités, les participants ont été responsabilisés quant à l'identification des obstacles et facilitateurs, mais aussi face à la recherche de solutions afin d'améliorer l'implantation de l'OP. Cependant, les éléments amenés sont surtout des facteurs externes.

Au niveau des difficultés anticipées, il y avait entre autres celle de la participation de la clientèle. Bien qu'une attention particulière ait été prise afin de planifier la sélection des

participants, une inquiétude persistait face au niveau de compréhension du groupe de clientèle en raison de la complexité du sujet. Ces appréhensions se basaient sur le fait qu'il était déjà difficile pour les gestionnaires et les intervenants de comprendre l'organisation par programme. Pour la clientèle, le contenu et le vocabulaire utilisé ont été adaptés en restreignant au minimum l'utilisation d'acronymes et de termes ambigus. Aussi, afin de prévoir certaines difficultés de compréhension, ils ont été accompagnés par une psychoéducatrice. Heureusement, les activités se sont très bien déroulées et les usagers semblaient comprendre les tâches qui leur étaient demandées. En revanche, quelques-unes de leurs réponses étaient centrées sur un besoin pointu et individuel, ou encore l'expression d'un optimisme débordant. Plusieurs ont nommé avoir grandement apprécié leur expérience et quelques usagers se sont offerts pour participer à d'autres projets de recherche. Malgré ces obstacles mineurs, l'étude soutient la possibilité et l'importance de leur implication dans les projets de recherche les concernant. Leur donner un droit et un temps de parole pour exprimer leurs besoins et leur point de vue reste très riche en information. En effet, les usagers et les proches ont mentionné dans le cadre de ce projet un grand besoin au niveau de l'intégration au travail et de pouvoir faire des activités valorisantes. Ils souhaitent avoir la même intervenante à plus long terme pour qu'elle finisse par connaître leurs besoins et leurs intérêts. Cette recommandation pourrait alors favoriser l'*empowerment* de l'utilisateur dans son plan d'intervention et sa réadaptation.

Dans le domaine de la recherche, ce sont la minorité des évaluations qui donnent un vrai rôle à la clientèle du programme et ce phénomène est encore plus rare quand la clientèle est constituée de personnes avec une déficience intellectuelle. Il est recommandé à ceux qui souhaitent impliquer la clientèle dans leur étude de ne pas hésiter. Il s'agit de bien planifier leur implication et de mettre en place des moyens pour les aider à bien comprendre ce qui est attendu d'eux. Si cette étude a réussi à bien impliquer une clientèle avec une déficience intellectuelle dans un projet avec un sujet aussi aride que l'organisation par programme, de nombreux projets pourraient certainement en faire autant.

Les forces et limites renvoient à la rigueur scientifique. La chercheuse étant membre du personnel de l'établissement, il y a eu présence prolongée sur le terrain, ce qui permet de

comprendre la culture de l'établissement, de gagner la confiance des participants et d'éviter la distorsion dans la compréhension de l'information (Creswell, 2007). D'un autre côté, ceci peut induire un biais de désirabilité sociale. Afin de contourner ce biais et de maximiser la validité de la recherche, une triangulation au niveau de la collecte et de l'analyse des données a été faite. De plus, il y a aussi eu une collecte de données inspirée des stratégies de l'*empowerment evaluation* ainsi que ses principes et il a été ajouté une portion d'analyse documentaire. Dans le rapport préparé pour le conseil québécois d'agrément, des sondages avaient été faits auprès des intervenants et de la clientèle. Ces sondages ont été effectués quelques mois précédant la période où ont eu lieu les trois rencontres avec les participants. Ainsi, les résultats de cette analyse documentaire en relation avec les résultats de la collecte de données de ce projet, ont été élargis le nombre de répondants et ce qui donnait plus de force aux résultats qui sont convergents. En effet, si les répondants des sondages pour l'évaluation de l'agrément répondaient qu'il y avait un manque de communication et que les deux groupes de l'étude ont également identifié cette lacune, il est possible d'affirmer qu'un des obstacles importants à l'implantation de l'OP est le manque de communication. Ensuite, au niveau de l'analyse, à l'aide du cadre d'analyse, il a été possible de trianguler les informations en provenance de la documentation, du groupe d'employés, du groupe d'utilisateurs et de proches et de mettre le tout en perspective avec les éléments de la littérature. Ceci a permis de corroborer les informations en provenance de plusieurs sources différentes et ainsi augmenter la validité interne des résultats (Drapeau, 2004)

L'analyse des données a été effectuée avec la collaboration des participants dans un processus itératif. Les résultats des deux premières rencontres ont été présentés aux participants pour validation et les résultats de la dernière rencontre étaient disponibles immédiatement. Ceci a permis d'améliorer la scientificité de l'étude (Drapeau, 2004).

Afin de s'assurer du maximum d'objectivité dans l'analyse des données et ainsi améliorer la crédibilité de l'étude, la chercheuse a tenu également un journal de bord (Anadon, 2006). Le fait de rédiger immédiatement après une rencontre les impressions subjectives vécues a permis à la chercheuse de s'assurer de l'objectivité dans l'interprétation des résultats et de se concentrer sur les faits. Ce qui restait difficile était de s'assurer que les

informations retenues et priorisées par les groupes soient suffisamment claires pour être comprises par une personne extérieure à l'établissement.

Une des forces de ce projet est que la parole a été donnée à chaque participant de façon équitable. Les stratégies identifiées dans l'approche d'*EE* et l'utilisation de la technique TRIAGE ont facilité cet aspect. En effet, ces techniques d'animation, puisqu'elles demandent une portion de réflexion individuelle, permettent de considérer la réflexion de chacun des participants. La réflexion individuelle favorise également la production d'un plus grand nombre d'idées et la possibilité de faire cette réflexion en silence permettrait que les idées soient plus créatives (Boddy, 2012).

Ce projet a aussi conduit à l'élaboration d'un plan d'amélioration qui sera utile pour les acteurs (Anadon, 2006) en vue d'améliorer l'implantation de l'OP. Ce plan étant le résultat d'une des trois rencontres des groupes et étant élaboré à la suite de la consultation et la participation des employés et de la clientèle, il est possible de s'attendre à ce qu'il soit plus facilement adopté et mis en œuvre.

Il faut ajouter qu'il a été planifié de faire la sélection de participants influents auprès de leurs pairs. Ceci dans l'espoir que ces personnes deviendront des agents de changement intéressants, capables d'user de leur influence pour améliorer l'implantation de l'organisation par programme. Il a été impossible de mesurer cet aspect dans le cadre de la présente étude, en revanche quelques-uns des participants, ont demandé, l'accès aux présentations afin de les partager avec leurs équipes. Ceci laisse croire qu'il y a peut-être eu, au minimum, une diffusion des résultats à l'interne.

Au niveau des limites, la structure organisationnelle étant propre à chacun des CRDITED au Québec, ceci fait en sorte que le projet de recherche est difficilement reproductible et transférable dans un contexte complètement différent. Cependant, les facteurs identifiés comme étant des obstacles et des facilitateurs seront certainement utiles à un établissement qui souhaiterait implanter ou améliorer l'implantation d'une organisation par programme.

Comme pour l'étude de Lavoie-Tremblay et coll. (2010) il est possible que notre projet ait eu lieu trop tôt à la suite du début de l'implantation de la nouvelle structure organisationnelle. Il est prévisible que le temps entre le début de l'implantation de l'OP et le moment de la collecte des données n'ait pas été suffisamment long pour permettre de voir tous les effets de la structure et de bien mesurer son implantation. D'autant plus que l'implantation de tous les programmes n'était pas complétée. Également, le nombre de participants, perdu au cours des trois rencontres est certainement une limite à cette étude. Dans un projet de plus grande envergure, il aurait été intéressant de faire la collecte de données auprès d'un plus grand nombre de participants. Également, il aurait été intéressant que l'étude permette d'évaluer l'impact sur l'*empowerment* des participants tel que visé par l'EE et de mesurer s'il y avait une différence entre les différents programmes. Malheureusement, les données disponibles et le temps alloué à ce projet n'ont pas permis d'inclure ces éléments.

## 8-CONCLUSION

La recension des écrits sur l'OP ne comprend pas beaucoup de références récentes malgré la mise à jour jusqu'en 2017. L'hypothèse émise face au fait que l'on ne parle plus beaucoup d'une structure par programme aujourd'hui, est que c'est probablement à cause de la complexité de l'implanter et des différentes définitions telles qu'illustré dans les neuf niveaux d'implantation (Charns et Tewksbury, 1991). La littérature scientifique, en santé et dans le domaine de la gestion, a continué à évoluer et s'est développée sur des concepts comme les approches d'amélioration continue, de révisions des processus tels le *Lean*, les approches centrées sur les patients ainsi que les termes comme trajectoires et continuum de service. Cependant, les hôpitaux considérés comme parmi les plus performants aux États-Unis, tels le Cleveland Clinic, Kaiser Permanente, Mayo clinic, etc., ont en commun d'être structurés par programme. Ces programmes sont appelés « *unit, institut ou program* », mais ce sont toujours des regroupements basés sur les besoins de la clientèle (diagnostics, problématiques sociales ou groupes de problèmes de santé). Ils mettent tous l'accent aujourd'hui sur l'approche centrée sur le patient, l'amélioration continue et la performance. La Loi 10 dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec apporte les concepts *Lean*, du patient partenaire et de l'amélioration continue, mais les structures par programme ne sont pas abordées et l'on observe, particulièrement au niveau des hôpitaux, une dominance de la structure fonctionnelle. Pourtant, la revue de la littérature et notre étude semble montrer que la structure par programme présente l'avantage de faciliter la spécialisation et l'amélioration de la qualité des services. Elle permet aussi de mettre en place les conditions gagnantes pour faciliter la gestion du changement, favoriser la responsabilisation et la participation dans la recherche de solutions, tant cliniques qu'administratives. Lorsque les intervenants sont regroupés en interdisciplinarité autour d'une clientèle ayant des caractéristiques communes, ils peuvent davantage développer leur expertise et s'ouvrir à l'amélioration continue. Lorsqu'ils restent regroupés par profession, ils restent souvent des généralistes en lien avec leur titre d'emploi. Ils sont alors sollicités pour accomplir et connaître des interventions complexes pour de nombreuses clientèles différentes (Paquette et Chagnon, 2000). Ceci rend plus difficile l'amélioration continue ou la spécialisation puisqu'ils sont souvent en état de développement d'une connaissance de base. Ainsi, dans



l'analyse globale de l'implantation d'une OP, il ressort que ce type de structure permet de mettre les assises, afin de spécialiser les services et ensuite de pouvoir pousser encore plus loin l'amélioration continue, l'innovation et la performance tel que fait par les hôpitaux américains (Cosgrove, 2011).

Selon cette étude, le CRDITEDME a, fait un choix très intéressant, afin d'améliorer la spécialisation de ses services et améliorer par le fait même la qualité et la performance. Tout au long du présent projet de recherche, la chercheuse a alimenté les dirigeants par la présentation des résultats et ils ont fait le choix de poursuivre l'implantation d'une OP, même après la fusion en 2015 des établissements de santé au Québec.

Au niveau des retombées du projet, le choix d'implanter une structure par programme s'est fait plutôt au niveau de la direction générale et ce projet de recherche pouvait permettre de corriger le manque d'implication du personnel et de la clientèle. Il visait à rapprocher le personnel et la clientèle, tout comme il permettait de faire une mise à jour des connaissances de chacun en lien avec le choix de structure organisationnelle. Aussi, cette étude se voulait une avancée dans les connaissances permettant de retravailler le plan d'implantation et l'ajuster en fonction des apprentissages faits.

Par l'utilisation des stratégies de *l'EE*, ce projet de recherche permettait d'appuyer, par une démarche scientifique, l'implantation de l'OP au CRDITEDME et de favoriser l'intégration de l'évaluation dans les pratiques. Également, le plan d'amélioration produit lors des activités de cueillette de données de cette recherche pourra permettre à l'établissement de mettre en place les ajustements nécessaires.

Peu d'études démontrant de la rigueur scientifique ont été menées concernant l'implantation d'une OP. Il a été vu, lors de la recension des écrits, des articles souvent anecdotiques et descriptifs. La présente étude a permis de mieux définir les enjeux de l'implantation de l'OP dans un établissement de réadaptation. De plus, le présent projet contribue à l'avancement des connaissances scientifiques en faisant ressortir les obstacles et facilitateurs permettant l'implantation d'une OP. Enfin, il favorise des avancées dans le

domaine de l'évaluation, l'*EE* étant relativement peu utilisée, surtout dans le domaine de la recherche. Finalement, il s'agit d'une des rares études à avoir conduit avec un tel effort à se coller aux stratégies et principes de l'*EE*, surtout dans un contexte de réadaptation et de façon inclusive en intégrant les usagers avec une déficience.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alkin, C. (2004) *Evaluation roots: tracing theorist's views and influences*. Thousand Oaks, Lodon, New Delhi: Sage publication.
- Allcorn, S. (1990) Using Matrix organization to manage health care delivery organizations. *Hospital and health services administration*, 35(4), 575-590
- Anadon, M. (2006) La recherche dite « qualitative » : La dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Andrews, A. (2004) Start at the end: empowerment evaluation product planning. *Evaluation and program planning*. 27, 275-285
- Bettis, R. et Prahalad, C. (1995) The dominant logic: retrospective and extension. *Strategic management journal*, 16, 5-14.
- Bonami, M. (1998) Stratégies de changement et innovations pédagogiques. *Éducation permanente*, 134(1) 125-134.
- Bouwen, R. et Fry, R. (1993) Innovation et apprentissage organisationnel : quatre modèles de dialogue entre la logique dominante et la logique nouvelle. *Communication et organisation*, 3, 1-14.
- Bowers, M. et Taylor, J. (1990) Product-line management in hospitals: an exploratory study of managing change. *Hospital and health services administration*, 35(3), 365-375.
- Brousselle, A., Champagne, F. et Contandriopoulos, A.P., (2006). Vers une reconciliation des theories et de la pratique de l'évaluation, perspective d'avenir. *Mesures et évaluation en education*. 29(3), 57-73.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. et Hartz, Z., (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes* Les presses de l'Université de Montréal.
- Boddy, C. (2012) The nominal group technique: an aid to Brainstorming ideas in research. *The qualitative market research: an international journal*, 15(1), 6-18.
- Buell, J. (2017) The Dyad leadership model: four case studies. *Health care executive*. Sept-oct, 33-40.
- Burns, L.R. (1989) Matrix management in hospitals: testing theories of matrix structure and development. *Administrative Science Quarterly*, 34, 349-368.
- Byrne, M., Charns, M., Parker, V., Meterko, M. et Wray, N. (2004) The effects of organization on medical utilization: an analysis of service line organization. *Medical care*, 42(1), 28-37.

Calfjord, S., Lindberg, M., Bendtsen, P., Nilsen, P. et Andersson, A. (2010) Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. *Family practice*, 11(60), 1-11.

Calhoun, W., Lu Stanton, L. (1995) From ideas to action: creating learning organization. *Human resource management*, 34(2), 299-311.

Camden, C., Swaine, B., Tétreault, S. et Carrière, M. (2011) Going beyond the identification of change facilitators to effectively implement a new model of services: lessons learned from a case example in paediatric rehabilitation. *Developpemental neurorehabilitation*, 14(4), 247-260.

Champagne, F. (2002) *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission sur l'avenir de soins de santé au Canada. 39, 1-27.

Char, M. (1997) If you are confused about the definition of service line management, you are not alone. *Transition watch*, 1(1), 1-3.

Charns, M., Tewksbury, L. (1991) A model for product line management in health care. *Australian health review*, 14(1), 65-82.

Clancy, T. (2002) Defining lines: Service-line management help community hospitals draw up a plan for a healthy database. *Nursing management*, 33(4), 25-26.

Contandriopoulos, D. et Brousselle, A. (2012) Evaluation models and evaluation use. *Evaluation*. 18(1), 61-77.

Cosgrove, D. (2011) A healthcare model for the 21<sup>st</sup> century. *Group practice journal*, 60(3), 10-15.

Creswell, J. (2007) *Qualitative Inquiry and research desing: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage publication.

Donaldson, S., Patton, M., Fetterman, D. et Scriven, M. (2010) The 2009 Claremont debates: the promise and pitfalls of Utilization-focused and empowerment evaluation. *Journal of multidisciplinary evaluation*. 6(13), 15-57.

Drapeau, M. (2004) Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10, 79-86.

Eastaught, S. (2011) Hospital specialization: Product-line planning during the market reformation. *Journal of Health care finance*, 38(1), 71-82.

Everhart, K. et Wandersman, A. (2000) Applying comprehensive quality programming and empowerment evaluation to reduce implementation barriers. *Journal of educational and psychological consultation*, 11(2), 177-191.

- Fetterman, D. (2001b) *Foundations of empowerment evaluation*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage publication.
- Fetterman, D. (2001a) Empowerment evaluation: Building communities of practice and a culture of learning. *American journal of community psychology*. 30(1), 89-102.
- Fetterman, D. et Wandersman, A. (2005) *Empowerment evaluation: principles in practice*. New York: The Guilford press.
- Fetterman, D. et Wandersman, A. (2007) Empowerment evaluation: yesterday, today and tomorrow. *American journal of evaluation*, 28(2), 179-198.
- Fitzpatrick, J. (2000) Dialogue with David Fetterman. *American journal of evaluation*, 21(2), 242-259.
- Fortin, M-F. (2010) *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière éducation. (1re éd. 2006).
- Garcia, E., (2005) *Participation of people with intellectual disabilities in empowerment evaluation: process and impact*. Thèse de doctorat, Université de l'illinois, Chicago. (ProQuest dissertations & Theses).
- Gervais, M. et Pépin, G. (2002) TRIAGE : a group technique gaining recognition in evaluation. *Evaluation journal of Australasia*, 2(2), 45-49.
- Girard, M-F. et Morin, D. (2010) Le consentement à la recherche en déficience intellectuelle : situation québécoise, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 21, 40-53.
- Gouvernement du Canada (2007). *Guide d'introduction aux notions d'organisation apprenante*. Agence de la fonction publique du Canada. Direction de la Politique d'apprentissage de la fonction publique.
- Greenberg, G., Rosenheck, R. et Charns, M. (2003) From profession-based leadership to service-line management in the Veterans health administration. *Medical Care*, 41(9), 1013-1023.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O., (2004) Diffusion of innovation in service organization: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Guo, A. et Anderson, D. (2005) The new health care paradigm: role and competencies of leaders in the service line management approach. *International journal of health care quality assurance*, 18(4), 12-20.

- Kaner, E., Steven, A., Cassidy, P. et Vardy, C. (2003) Implementation of a model for service delivery and organization in mental healthcare: a qualitative exploration of service provider views. *Health and social care in the community*, 11(6), 519-527.
- Lavoie-Tremblay, M., Bonin, J-P., Lesage, A., Farand, L., Briand, C., Sounan, C., et al. (2010) Recherche-intervention-évaluative visant l'optimisation des soins, des services et du travail en santé mentale. Rapport de recherche.
- Mathison, S. (2005) *Encyclopedia of evaluation*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage publication .
- McQuiston, T. (2000) Empowerment evaluation of worker safety and health education programs. *American journal of industrial medicine*, 38, 584-597.
- Miles, M. et Huberman, M. (2003) *Analyse des données qualitatives, 2e édition*. Bruxelles : De Boeck.
- Miller, R. et Campbell, R. (2006) Tacking stock of empowerment evaluation: An empirical review. *American journal of evaluation*, 27(3), 296-319.
- Moye, C. (1991) Product-line management. *Orthopaedic Nursing*, 10(1), 56-61.
- MSSS, Direction de la planification stratégique, *Rapport du comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux*, janvier 2004, p. 6. Dans Bourgault, G., Cloutier, G., Demers, L., Landry, A. (2004) Guide des établissements spécialisés à vocation régionale (établissements de réadaptation et centre jeunesse) concernant le projet clinique. Bibliothèque nationale du Québec.
- Nasrabad, R.R. (2016) Service line management: a new paradigm in ealth care system. *International journal of medical research and health sciences*, 5(12), 208-211.
- Paquette, F. et Chagnon, F. (2000) *Cadre de référence pour le développement et l'évaluation de programmes aux Centres Jeunesse de Montréal*. Les centres Jeunesse de Montréal.
- Parker, V., Charns, M. et Young, G. (2001) Clinical service lines in integrated delivery systems: An initial framework and exploration. *Journal of health care management*, 46(4), 261-275.
- Patton, M. (1997) *Utilization-focused evaluation 3rd edition*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Poole, M. et Van de Ven, A. (2004) *Handbook of organizational change and innovation*. New York: Oxford University press.

Powell, A.E., Davies, H.T.O., Bannister, J. et Macrae, W.A. (2009) Understanding the challenges of service change- learning from acute pain services in the UK. *Journal of the royal society of medicine*, 102, 62-68.

Ridde, V. et Dagenais, C. (2009) *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Les presses de l'Université de Montréal.

Rodriguez, L. (2012) Advances in collaborative evaluation. *Evaluation and program planning*. 35, 523-528.

Rogers, E. (2003) *Diffusion of innovations. Fifth edition*. New York: Free Press.

Rossi, P., Lipsey, M. et Freeman, H. (2004) *Evaluation: a systematic approach. Seventh edition*. Thousand Oaks: Sage publications.

Sidani, S. et Fox, M. (2014) Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of interprofessional care*. 28(2), 134-141.

Shadish, W., Cook, T. et Leviton, L. (1991) *Fondations of program evaluation: Theories of practice*. Sage publication: Newbury Park, London, New Delhi.

Shortell, S. et Kaluzny, A. (2006) *Health care management: organization design and behavior: 5th edition*. New York: Delmar.

Smith, N. (1999) A framework for characterizing the practice of evaluation, with application to empowerment evaluation. *The Canadian journal of program evaluation*, special issue, 39-68.

Spicer, A. et Sewell, G. (2010) From national service to global player: transforming the organizational logic of a public broadcaster. *Journal of management studies*, 47(6), 913-943.

Stringer, E.T. (1999) *Action Research second edition*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage publications.

Wandersman, A., Alia, K.A., Cook, B. et Ramaswamy, R. (2015) Integrating empowerment evaluation and quality improvement to achieve health care improvement outcomes. *BMJ Qual Saf*. 24, 645-652.

Worthington, C. (1999) Empowerment evaluation: understanding the theory behind the framework. *The Canadian journal of program evaluation*, 14(1), 1-28.

Yano-Fong, D. (1988) Advantages and disadvantages of product-line management. *Nursing management*, 19(5), 27-31.

Young, G., Charns, M. et Heeren, T. (2004) Product-line management in professional organizations: an empirical test of competing theoretical perspectives. *Academy of management journal*, 47(5), 723-734.

Zelman, W. et Parham, D. (1990) Strategic, operational, and marketing concerns of product-line management in health care. *Health care manage review*, 15(1), 29-35.

Zismer, D. et Schuh, D. (2016) Clinical service line strategy: managing the risks of geographic expansion. *Health care financial management*, july, 50-57.



## ANNEXE 1

### La technique d'animation de groupe TRIAGE

La technique d'animation de groupe TRIAGE vise l'obtention d'un consensus de groupe sur une question précise. Les participants font d'abord une réflexion individuelle sur la question donnée, et inscribe leur réponse sur un papier ou un carton qui leur a été fourni. Ensuite, l'animateur recueille les réponses et les affiche sur le mur de la salle. L'animation débute alors afin d'obtenir une réponse faisant consensus à la question posée. Les étapes suivantes résument le déroulement d'une rencontre.

#### Résumé des étapes de la technique TRIAGE

1. Transcrire les phrases des participants sur des cartons et s'assurer qu'elles ne contiennent qu'un concept. Si non couper les phrases en 2
2. Afficher chaque phrase dans la section MÉMOIRE
3. Animer le groupe pour s'assurer que chacune des phrases soit bien comprise
4. Débuter le transfert des phrases vers la section REGROUPEMENT
5. Les phrases qui sont immédiatement rejetées par le groupe vont aller dans la section POUBELLE
6. Dans la section regroupement, il faut classer les phrases en fonction de la similarité de leur concept
7. Revoir chacune des phrases et identifier celle qui font consensus, le classer alors dans sélection. Celle pour lesquelles il n'y a pas de consensus, les mettre au frigo
8. ensuite revoir celles qui sont au frigo, et voir à nouveau si elles font consensus ou vont à la poubelle. Si les avis sont partagés, les mettre dans la section veto. Elles seront alors étudiées par un petit comité externe.
9. En tout temps on peut classer des phrases dans le frigo, le veto ou la poubelle.
10. A la fin, lorsque le frigo est vide, nous pouvons réviser la sélection et le veto et statuer sur un portrait final.

## ANNEXE 2

Grille B

	Obstacles	Facilitateurs
Leadership		
Empowerment		
Responsabilisation		
Participation		
Communication		
Caractéristiques de l'innovation		
Caractéristiques du système		
Caractéristiques des individus		
Processus d'implantation		

### ANNEXE 3

## Formulaire de consentement destiné aux participants membres du personnel

### **Titre du projet :**

Analyse d'implantation d'une organisation par programmes (OP) au CRDITEDME

### **Chercheur(s) responsable(s) du projet :**

Sophie Poirier, chercheuse et conseillère-cadre au programme et au développement clinique

[xxxxxx.xxxxxxx@xxxxxx.xxxx.xx.xx](mailto:xxxxxx.xxxxxxx@xxxxxx.xxxx.xx.xx)

XXX-XXX-XXXX poste XXXX

### **Présentation du projet et de ses objectifs :**

Le présent projet de recherche vise à effectuer l'analyse d'implantation de l'OP au CRDITEDME.

Définition : L'organisation par programmes signifie que l'ensemble des services offerts au CRDITEDME sera défini dans des programmes. Ces programmes sont élaborés à partir des besoins de la clientèle et des données provenant de la recherche scientifique. Aussi, les intervenants seront spécialisés pour offrir des services selon un programme particulier, donc connaîtront mieux les façons d'intervenir pour un besoin précis.

Buts : Le CRDITEDME a choisi l'organisation par programmes pour :

- améliorer la qualité des services
- spécialiser les services
- intégrer les informations provenant de la recherche dans les interventions offertes auprès des usagers.
- Donner de la formation à son personnel pour l'aider à offrir de meilleurs services.

Par une approche participative, le personnel et la clientèle de l'établissement seront invités à participer à l'étude afin de répondre aux objectifs suivants:

L'objectif général du présent projet de recherche est: analyser l'implantation de l'OP abordée comme une innovation tout en appuyant l'implantation de l'OP en engageant les acteurs clés dans le processus évaluatif.

Comme objectifs spécifiques, l'étude visera à : 1) Apprécier l'atteinte des résultats visés par l'OP; 2) Identifier les obstacles et facilitateurs vécus par les intervenants et gestionnaires au moment de l'implantation de l'OP; 3) Favoriser l'ajustement tout au long du processus afin d'améliorer l'implantation et la qualité des services offerts à la clientèle.

L'implication des participants se fera durant 3 rencontres d'une durée d'une journée maximum. Les rencontres se dérouleront dans les locaux du CRDITEDME et le projet vise

à impliquer 20 personnes membres du personnel. Chaque participant ayant accepté de participer au projet pourra s'il le souhaite se retirer en tout temps, et ce sans préjudice.

***Nature et durée de ma participation :***

Chaque personne qui souhaite participer au projet s'engage à participer à 3 rencontres de groupe de 20 personnes où il sera invité à partager son opinion aux autres membres du groupe. Plusieurs questions seront posées en lien avec son vécu face à l'implantation d'une OP au CRDITEDME. Des activités seront animées par la chercheuse afin de faire un partage des opinions de chacun et d'arriver à la fin de chaque rencontre à un consensus de groupe sur les sujets abordés. Dans le cadre de ces activités les gens seront invités à prendre parole à tour de rôle. Aucune information identifiant la personne qui a donné son opinion ne sera publiée.

Un enregistrement audio sera effectué durant les rencontres il ne servira que d'aide-mémoire à la chercheuse.

***Avantages pouvant découler de ma participation :***

Il n'y a aucun bénéfice d'accordé aux participants à ce projet de recherche. Cependant, chacun pourra contribuer à l'avancement des connaissances.

***Risques et inconvénients pouvant découler de ma participation :***

Selon l'état actuel des connaissances, il n'y a aucun risque d'associé à la participation à ce projet de recherche. Si des préjudices éventuels sont découverts, chaque participant en sera aussitôt informé.

Les inconvénients éventuels et raisonnablement prévisibles sont la fatigue, le manque d'intérêt pour le sujet et l'impression de perte de temps occasionnés par la durée de la participation attendue. La confidentialité des participants et des discussions sera demandée avant chaque entretien.

Pour le personnel, les inconvénients suivants peuvent également être vécus: perte de temps de travail et risque minime que sa relation avec son employeur ou autres collègues soit affectée par sa participation.

***Compensation financière :***

Aucune compensation financière n'est accordée pour la participation à ce projet de recherche. Les frais de déplacement doivent être assumés par les participants. Seulement un repas sera fourni aux participants puisque les rencontres sont prévues pour la journée.

***Retrait de ma participation :***

Votre participation au projet est libre et volontaire. Vous pouvez vous retirer du projet en tout temps, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer les chercheurs **verbalement ou par écrit**.

En cas de désistement de votre part et à votre demande, tous les documents ou enregistrements vous concernant seront détruits.

***Confidentialité :***

La liste et la fiche des participants seront conservées sous clé pour une période d'une année après la fin de la collecte de données ainsi que les enregistrements des rencontres. Aucune donnée nominative ne sera collectée outre cette liste. Pour le reste des documents, il s'agit de données publiques ou n'identifiant aucune personne, mais plutôt le résultat de réflexions de groupes. Ils seront conservés par la chercheuse et pourront éventuellement faire l'objet de publications ou de présentations à des colloques et congrès. Tout ce qui sera mentionné par les participants sera traité de façon à maintenir la confidentialité.

Enfin, au début de chacune des rencontres, la chercheuse s'engagera et exigera de l'ensemble des participants le respect de la confidentialité.

***Clause de responsabilité :***

En acceptant de participer à cette étude, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

***Information sur le projet :***

Si vous avez des questions sur le projet de recherche, la chercheuse vous répondra avec plaisir et au meilleur de sa connaissance.

**Diffusion des résultats :**

- Les résultats du projet de recherche vous seront présentés tout au long du déroulement de l'étude ainsi qu'à la fin du projet.
- Les résultats de la recherche seront présentés à d'autres personnes lors publication d'articles scientifique, de congrès ou de colloque par exemple.
- Lorsque les résultats seront présentés, votre nom ne sera jamais nommé.
- Il y aura aussi un dépôt des résultats dans le portail de la recherche du CRDITEDME, une présentation à l'ensemble du personnel et au comité des usagers. Les personnes ayant participé au projet auront également la possibilité de participer à une rencontre de présentation des résultats.

***Arrêt du projet par le chercheur :***

Nous pourrions mettre fin prématurément à votre participation au projet si nous jugeons que c'est dans votre intérêt.

***Personnes-ressources :***

- Si vous avez des questions sur le projet de recherche, vous pouvez contacter Sophie Poirier au XXX-XXX-XXXX poste XXXX
- Pour toute plainte relative au projet de recherche, veuillez contacter le commissaire local à la qualité des services et aux plaintes de votre établissement au numéro suivant : (XXX) XXX-XXXX
- Pour toute question relative à vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, veuillez contacter XXXXXXX XXXXXX, coordonnatrice à l'éthique de la recherche pour le CÉRC/CRDITED au numéro suivant : XXX XXX-XXXX, poste XXX ou par courrier électronique : [xxxx@xxxx-xxxxxxx.xx](mailto:xxxx@xxxx-xxxxxxx.xx)

***Signatures requises :***

**Pour le participant**

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée pour que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette étude. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider d'y retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres moulées)

---

Signature du participant :

---

Date : \_\_\_\_\_

**Pour le chercheur**

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche. Je m'engage à m'assurer que le participant recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature du chercheur principal :

---

Date : \_\_\_\_\_

## ANNEXE 4

### Formulaire de consentement pour usagers, parents ou proches

**Titre du projet de recherche :**

**Analyse d'implantation d'une organisation par programmes (OP) au CRDITEDME**

**Responsable(s) du projet :**

Sophie Poirier

**Objectifs du projet :**

Le présent projet de recherche vise à effectuer l'analyse d'implantation de l'organisation par programmes au CRDITEDME.

Définition : L'organisation par programmes signifie que l'ensemble des services offerts au CRDITEDME sera défini dans des programmes. Ces programmes sont élaborés à partir des besoins de la clientèle et des données provenant de la recherche scientifique. Aussi, les intervenants seront spécialisés pour offrir des services selon un programme particulier, donc connaîtront mieux les façons d'intervenir pour un besoin précis.

Buts : Le CRDITEDME a choisi l'organisation par programmes pour :

- améliorer la qualité des services
- spécialiser les services
- intégrer les informations provenant de la recherche dans les interventions offertes auprès des usagers.
- Donner de la formation à son personnel pour l'aider à offrir de meilleurs services.

Vous êtes donc invité à participer à ce projet de recherche qui vise à répondre aux objectifs suivants:

L'objectif général du présent projet de recherche est:

- Analyser l'implantation de l'organisation par programmes.

Comme objectifs spécifiques, l'étude visera à :

- 1) Évaluer comment vous vivez cette transformation des services et si l'organisation par programmes permet d'atteindre ses buts;
- 2) Identifier les obstacles et facilitateurs vécus au moment de l'implantation de l'organisation par programmes;
- 3) Identifier les pistes d'amélioration pour l'implantation de l'organisation par programmes.

L'implication des participants se fera durant 3 rencontres d'une durée d'une journée maximum. Les rencontres se dérouleront dans les locaux du CRDITEDME et le projet vise à impliquer 20 participants représentant la clientèle (environ 5 usagers et 15 parents ou

proches). Chaque participant ayant accepté de participer au projet pourra s'il le souhaite se retirer en tout temps, et ce sans préjudice.

### **Nature de votre participation**

- **Ce qu'on va me demander de faire :**

Partager votre opinion aux autres membres du groupe.

- Plusieurs questions seront posées en lien avec votre vécu face à l'implantation d'une organisation par programmes au CRDITEDME. Par exemple : *Quels sont les obstacles (inconvenients) que vous avez vécus en lien avec l'implantation de l'organisation par programmes? Quels sont les facilitateurs (avantages) que vous pouvez nommer?*
- Dans le cadre de ces activités les gens seront invités à prendre parole à tour de rôle.
- Aucune information identifiant la personne qui a donné son opinion ne sera publiée.

**\*\*Durant les trois rencontres, une psychoéducatrice sera présente afin d'aider les participants à faire les différentes activités demandées et de s'assurer que l'information est bien comprise de tous.**

- **Combien de temps prendra ma participation au projet :**

Trois journées complètes durant lesquelles il y aura plusieurs périodes de pauses et un dîner.

Il est probable que les rencontres finissent tôt en après-midi. Une journée complète est tout de même réservée afin de :

- prendre notre temps;
- s'accorder des moments de détente;
- laisser du temps pour entendre chaque participant.

La chercheuse s'engage à respecter le rythme du groupe et à s'ajuster au niveau de fatigue des participants.

- **Où je devrai aller :**

Dans les locaux du CRDITEDME la salle vous sera confirmée au moment de la signature du présent formulaire.

### **Compensation financière**

Vous ne serez pas payé pour participer à cette recherche.

Vous devrez assumer les frais relatifs à votre transport, mais un dîner vous sera servi lors de chacune des rencontres

### **Avantages liés à votre participation à la recherche**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel suite à la participation à ce projet de recherche, vous aurez cependant contribué à l'avancement des connaissances.



## **Inconvénients liés à votre participation**

Selon l'état actuel des connaissances, il n'y a aucun risque d'associé à la participation à ce projet de recherche. Si des préjudices éventuels sont découverts, chaque participant en sera aussitôt informé.

Les inconvénients éventuels et raisonnablement prévisibles sont la fatigue, le manque d'intérêt pour le sujet et l'impression de perte de temps occasionnés par la durée de la participation attendue. La confidentialité des participants et des discussions sera demandée avant chaque entretien.

## **Droit d'arrêter votre participation en tout temps**

- Vous participez au projet seulement si vous le voulez.
- Si, pour quelques raisons que ce soit vous voulez arrêter de participer au projet, vous pouvez le faire quand vous voulez, sans donner de raisons.
- Si, vous décidez d'arrêter de participer à la recherche, vous pouvez le dire au chercheur et ça ne changera rien aux interventions ni aux services que vous recevez.

## **Confidentialité des données**

La liste et la fiche des participants seront conservées sous clé pour une période d'une année après la fin de la collecte de données ainsi que les enregistrements des rencontres. Aucune donnée nominative ne sera collectée outre cette liste.

Pour le reste des documents, il s'agit de données publiques ou n'identifiant aucune personne, mais plutôt le résultat de réflexions de groupes. Ils seront conservés par la chercheuse et pourront éventuellement faire l'objet de publications ou de présentations à des colloques et congrès. Tout ce qui sera mentionné par les participants sera traité de façon à maintenir la confidentialité.

Pour les participants qui reçoivent des services du CRDITEDME, une copie de la lettre explicative et du formulaire de consentement seront déposés à son dossier. Cette démarche vise à s'assurer que cette personne ne sera pas trop sollicitée à participer à différents projets de recherches.

Enfin, au début de chacune des rencontres, la chercheuse s'engagera et exigera de l'ensemble des participants le respect de la confidentialité.

## **Diffusion et publication des résultats de la recherche**

- Les résultats de la recherche seront présentés à d'autres personnes lors publication d'articles scientifique, de congrès ou de colloque par exemple.
- Lorsque les résultats seront présentés, votre nom ne sera jamais nommé.
- Il y aura aussi un dépôt des résultats dans le portail de la recherche du CRDITEDME, une présentation à l'ensemble du personnel et au comité des usagers. Les personnes ayant participé au projet auront également la possibilité de participer à une rencontre de présentation des résultats.

Inscrire le titre du projet de recherche
--

Analyse d'implantation de l'organisation par programmes au CRDITEDME
--

### Personnes à contacter

1. Si vous avez des problèmes pendant la recherche ou des questions, vous pouvez appeler :  
Sophie Poirier XXX-XXX-XXXX poste XXXX
2. Les plaintes relatives au projet de recherche :
  - Commissaire local à la qualité des services et aux plaintes du Centre de réadaptation  
au numéro suivant : (XXX) XXX-XXXX
3. Pour toute question relative à vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche :

Madame XXXXXXXX XXXXXX

Coordonnatrice à l'éthique de la recherche pour le Comité d'éthique destiné aux CRDITED  
(XXX) XXX-XXXX poste XXX

[XXXXXXXXXX@XXXX.XXXX.XX.XX](mailto:XXXXXXXXXX@XXXX.XXXX.XX.XX)

### Important

En acceptant de participer à cette étude, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

### Déclaration du participant

Je déclare avoir pris connaissance du présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet

Nom du participant (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### Témoin au consentement

Je certifie avoir été témoin de la signature de ce document par le participant. Les explications fournies par le chercheur et les réponses aux questions étaient compréhensibles pour le participant. Le chercheur a expliqué les désavantages de la participation de même que les règles de confidentialité. À titre de témoin, je confirme que  
\_\_\_\_\_ accepte librement de participer au projet.

Nom du témoin (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Lien avec le participant : \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Déclaration du chercheur**

Je certifie avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire, et avoir répondu aux questions posées à cet égard; avoir clairement indiqué à la personne qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrite ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Nom du chercheur (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## ANNEXE 5



Trois-Rivières, 11 octobre 2013

Madame Sophie Poirier

**PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE**

**Objet : Certificat de conformité aux normes éthiques du projet de recherche CÉRC-0174 : « Analyse d'implantation d'une organisation par programmes au CRDITEDME ».**

**Établissement concerné par notre CÉR : CRDITED de Montérégie-Est**

Madame,

Les modifications apportées au protocole de recherche, de même qu'aux formulaires d'information et de consentement, tel que demandé dans notre lettre datée du 4 octobre, répondent à nos attentes. C'est donc avec plaisir que le Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux CRDI (CÉRC/CRDITED) vous délivre ce certificat de conformité aux règles éthiques pour le projet précité.

Cette approbation suppose que vous vous engagez à respecter les conditions et les modalités de recherche telles que présentées au CÉRC-CRDITED.

Cette approbation suppose que vous vous engagez à :

- respecter la décision du CÉRC/CRDITED;
- respecter les moyens relatifs au suivi continu figurant au point 6 de la seconde section du *Guide de rédaction d'une demande d'évaluation d'un nouveau projet de recherche et modalités d'évaluation à l'intention des chercheurs* (CÉRC/CRDITED) et à utiliser les formulaires préparés à cette fin;
- conserver les dossiers de recherche pour une période couvrant minimalement la période de publication qui découlera de la recherche (voir le *Guide*, section II, point 5);
- respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des participants à la recherche des établissements concernés par le projet, à savoir, la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des participants recrutés pour les CRDI qui pourront l'obtenir sur demande.

Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux  
Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en  
troubles envahissants du développement (CÉRC-CRDITED)  
Site Web : [www.cerc-crdited.ca](http://www.cerc-crdited.ca)

1025, rue Marguerite-Bourgeoys  
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3T1  
Téléphone : 819 376-3984, poste 347  
Télécopie : 819 376-6957  
kamila\_giram\_crdited@csdltissss.gouv.qc.ca

... 2

## ANNEXE 6

### Grille d'analyse basée sur le cadre d'analyse

Grille A

	Groupe d'intervenants	Groupe du comité des usagers
<b>Spécialisation</b>		
<b>Qualité des services</b>		
<b>Formation du personnel</b>		
<b>Meilleures pratiques</b>		